

## **NOTE TO USERS**

**This reproduction is the best copy available.**

**UMI<sup>®</sup>**



UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez des femmes  
algonquines ayant souffert de diabète gestationnel

par  
Sylvie Gaudreau  
École des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)  
en sciences cliniques (sciences infirmières)

Janvier 2009  
© Sylvie Gaudreau, 2009



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*  
ISBN: 978-0-494-64342-6  
*Our file* *Notre référence*  
ISBN: 978-0-494-64342-6

#### NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

#### AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

  
**Canada**

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé  
École des sciences infirmières

Facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez des femmes  
algonquines ayant souffert de diabète gestationnel

par  
Sylvie Gaudreau

Le mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Professeure Cécile Michaud, inf. Ph. D.	Directrice de recherche
École des sciences infirmières	
Université de Sherbrooke	

Professeure Frances Gallagher, inf. Ph. D.	Évaluatrice interne
École des sciences infirmières	Programmes des sciences cliniques
Université de Sherbrooke	

Professeur Bernard Roy, inf., Ph. D.	Évaluateur externe
Faculté des sciences infirmières	
Université Laval	

Mémoire accepté le 25 juin 2009.

## SOMMAIRE

Depuis plus d'un demi-siècle, le mode de vie traditionnel des Premières Nations a été bouleversé entraînant des conséquences néfastes sur leur santé. La prévalence alarmante du diabète de type 2 dans les communautés des Premières Nations, même chez les enfants de moins de 12 ans, en est une manifestation éloquente. Santé Canada (2001) estime cette prévalence, standardisée selon l'âge, à près du triple de celle de la moyenne canadienne. Par ailleurs, deux Autochtones diabétiques sur trois sont des femmes (Bobet 1997, dans Santé Canada, 2001). Pour le diabète gestationnel chez les femmes des Premières Nations, la prévalence varie de 8 à 18 % (ACD, 2008).

Le diabète gestationnel est associé à un suivi médical, un traitement et à des activités d'éducation pour la santé qui devraient favoriser des comportements de santé et améliorer la santé des femmes. Toutefois, près d'une femme sur deux qui a souffert d'un diabète gestationnel développera un diabète de type 2 (Santé Canada, 2002).

Peu d'études ont été faites pour connaître les facteurs qui maintiennent, après l'accouchement, les comportements de santé encouragés pendant la grossesse. Or, les femmes des Premières Nations sont à la base de la transmission d'habitudes de vie,

particulièrement lorsque l'enfant est jeune. Par conséquent, une étude a été réalisée afin d'explorer les facteurs culturels qui influencent le maintien des comportements de santé dans les deux à dix années qui suivent une grossesse au cours de laquelle un diagnostic de diabète gestationnel a été posé.

Notre étude, utilisant l'approche ethnoinfirmière (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002; 2006; McFarland, 2001), a été menée dans la communauté algonquine de Pikogan (environ 250 femmes) et du Lac Simon (environ 575 femmes). Nous avons recruté sept (7) femmes ayant souffert de diabète gestationnel en utilisant la stratégie de boule de neige. Nous avons privilégié, pour décrire les facteurs culturels, des outils comme l'observation participante, le journal de bord ainsi que l'entrevue semi-dirigée. De plus, à l'aide d'un questionnaire, nous avons documenté certaines données sociodémographiques.

L'analyse a été faite selon les facteurs culturels du modèle *Sunrise* (Leininger et McFarland, 2002; 2006). Ces facteurs sont les facteurs d'ordre technologique, religieux, philosophique, familial, social, politique, légal, économique, éducationnel, et relatif au mode de vie et aux valeurs culturelles. Ainsi, en analysant ces facteurs culturels, nous avons pu dégager les thèmes suivants, soit : l'importance de la famille et les liens sociaux comme motivation et soutien pour le maintien des comportements de santé, la possibilité d'adopter de nouveaux comportements de santé en conservant

ses valeurs culturelles, la possibilité d'apprendre seule et à l'aide des ressources éducatives adaptées à ses besoins et sa culture, la possibilité de réaliser des économies par une meilleure alimentation et l'accessibilité à ses données de glycémie comme moyen de contrôle grâce aux avancées technologiques associées au glucomètre.

Cette étude permettra d'intégrer, dans les programmes d'éducation pour la santé, les facteurs culturels qui peuvent avoir une influence à long terme sur les comportements de santé et, ainsi, agir précocement dans la prévention du diabète de type 2.

Mots clés : Facteurs culturels, Leininger, diabète gestationnel, femmes algonquines, comportements de santé.



## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE .....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xi
REMERCIEMENTS .....	xiii
<b>PREMIER CHAPITRE – Problématique .....</b>	<b>1</b>
Question de recherche .....	5
<b>DEUXIÈME CHAPITRE – Recension des écrits .....</b>	<b>6</b>
1. La population algonquine .....	6
1.1 La terminologie pour définir la population autochtone .....	7
1.2 Bref aperçu historique de la population algonquine .....	9
1.3 Les Algonquins d’aujourd’hui.....	12
1.4 La conception holistique des Algonquins en matière de santé .....	14
2. Le diabète gestationnel .....	16
2.1 Définition, prévalence et dépistage .....	16
2.2 Physiopathologie du diabète gestationnel .....	20
2.3 Comportements de santé enseignés et traitements instaurés lors d’un diabète gestationnel .....	22
3. Études sur le diabète auprès de la population algonquine .....	24
4. Études sur les facteurs culturels en lien avec le diabète.....	29

<b>TROISIÈME CHAPITRE – Cadre de référence</b> .....	38
1. Modèle de Madeleine Leininger .....	38
2. Les facteurs culturels .....	42
2.1 Les facteurs technologiques .....	43
2.2 Les facteurs religieux et philosophiques .....	43
2.3 Les facteurs familiaux et sociaux .....	44
2.4 Le mode de vie et les valeurs culturelles .....	44
2.5 Les facteurs politiques et légaux .....	45
2.6 Les facteurs économiques .....	45
2.7 Les facteurs éducationnels .....	46
 <b>QUATRIÈME CHAPITRE - Méthode</b> .....	47
1. Dispositif de recherche .....	47
2. Population et informateurs .....	49
2.1 Les communautés algonquines choisies .....	49
2.2 Sélection des informateurs .....	51
3. Déroulement de l'étude .....	61
3.1 Les facteurs culturels .....	61
3.2 Les outils de collecte de données .....	62
3.3 Analyse des données .....	66
3.4 Les étapes de l'étude .....	69
4. Critères de qualité .....	70
5. Considérations éthiques .....	74
6. Limites et forces de l'étude .....	76
6.1 Limites possibles de l'étude .....	77
6.2 Forces de l'étude .....	79
 <b>CINQUIÈME CHAPITRE - Résultats</b> .....	81
1. Facteurs culturels favorisant le maintien des comportements de santé après un diabète gestationnel .....	82
1.1 Facteurs familiaux et sociaux .....	82
1.1.1 La préoccupation de la santé des enfants .....	83

1.1.2 Soutien de l'entourage et de la communauté.....	83
1.1.3 Expériences des membres de la famille.....	84
1.1.4 Goût d'être ensemble .....	85
1.2 Mode de vie et valeurs culturelles .....	86
1.2.1 Adaptation de l'alimentation traditionnelle.....	87
1.2.2 Modification de l'alimentation.....	88
1.2.3 Pratique de la marche .....	88
1.2.4 Synergie entre l'alimentation et la marche .....	89
1.3 Facteurs éducationnels .....	90
1.3.1 La capacité d'être autodidacte.....	90
1.3.2 L'adaptation culturelle de l'enseignement et du soutien .....	91
1.4 Facteurs économiques.....	95
1.5 Facteurs technologiques.....	96
1.5.1 Le glucomètre comme moyen immédiat de vérifier la normalité de la glycémie .....	96
1.5.2 Le téléchargement qui diminue l'obligation de noter les résultats de glycémie .....	97
2. Facteurs culturels avec le potentiel de favoriser le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse .....	98
2.1 Facteurs religieux et philosophiques .....	98
2.1.1 Philosophie de vie remplie de joie rieuse .....	99
2.1.2 Philosophie de vie pondérée.....	99
2.2 Facteurs politiques et légaux.....	100
3. Synthèse des thèmes et des sous-thèmes .....	103
<b>SIXIÈME CHAPITRE – Discussion .....</b>	<b>106</b>
1. Facteurs culturels contribuant au maintien des comportements de santé.....	107
1.1 La famille et les liens sociaux comme motivation et soutien pour le maintien des comportements de santé .....	107
1.2 La possibilité d'adopter de nouveaux comportements de santé en conservant ses valeurs culturelles .....	110
1.3 La possibilité d'apprendre seule et à l'aide des ressources éducatives adaptées à ses besoins et sa culture .....	113

1.4	La possibilité de réaliser des économies par une meilleure alimentation .....	115
1.5	L'accessibilité à ses données de glycémie comme moyen de contrôle grâce aux avancées technologiques associées au glucomètre .....	117
2.	Facteurs culturels ayant le potentiel de favoriser le maintien des comportements de santé après le diabète de grossesse.....	118
2.1	Une philosophie de vie saine et pondérée .....	119
2.2	Le soutien possible du Conseil de bande .....	121
3.	Recommandations découlant de l'étude.....	122
3.1	Recommandations pour la pratique clinique des infirmières .....	123
3.2	Recommandations pour la formation des infirmières .....	125
3.3	Recommandation pour la recherche .....	127
CONCLUSION.....		129
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....		131
ANNEXE A – Les communautés algonquines du Québec .....		139
ANNEXE B – Le cercle d'influence des Premières Nations.....		141
ANNEXE C – Dépistage et diagnostic du diabète gestationnel .....		143
ANNEXE D – Le modèle du « Sunrise » de Madeleine Leininger .....		145
ANNEXE E – Questionnaire sociodémographique .....		147
ANNEXE F – <i>Observation – Participation – Reflection Enabler</i> .....		152
ANNEXE G – Guide d'entrevue.....		154
ANNEXE H – Lettre de demande de collaboration – Communauté de Pikogan .....		158
ANNEXE I – Lettre de demande de collaboration – Communauté du Lac Simon .		160
ANNEXE J – Lettre d'approbation – Communauté de Pikogan .....		162
ANNEXE K – Lettre d'approbation – Communauté du Lac Simon .....		163
ANNEXE L – Modèle du « Sunrise » de Leininger modifié par Farell (2006).....		164

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Prévalence du diabète non insulino-dépendant selon le sexe auprès des communautés de River Desert (Kitigan Zibi) et du Lac Simon.....	27
Tableau 2	Résumé du profil sociodémographique et sanitaire des femmes algonquines recrutées .....	57
Tableau 3	Description des informateurs généraux.....	60
Tableau 4	Analyse des données selon les phases de Leininger (1997 dans 2001a).	68
Tableau 5	Résumé des thèmes et sous-thèmes favorisant le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse selon des femmes algonquines.....	104

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACD	Association canadienne du diabète
AINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada
APN	Assemblée des Premières Nations
CSSSPNQL	Commission de la santé et services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DNI	Diabète non insulino-dépendant
HDL	<i>High density lipoprotein</i>
HGPO	Hyperglycémie provoquée par voie orale
IMC	Indice de masse corporelle
LDL	<i>Low density lipoprotein</i>
ONF	Office national du film

*À ma grand-maman Mowatt,*

*une anicinabekwe...*

## REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance à ma directrice de recherche, madame Cécile Michaud. Merci de m'avoir guidée, accompagnée et encouragée durant ce long et sinueux parcours. Sans vos précieux conseils et votre soutien constant, mon projet de recherche n'aurait pas la même prestance à mes yeux.

Par ailleurs, je tiens à remercier sincèrement les femmes algonquines qui ont voulu participer à cette étude et qui m'ont permis de mieux comprendre certaines facettes de ma propre culture.

Merci aux personnes ayant contribué au recrutement pour cette étude : Madame Suzanne Paré, infirmière (Centre de santé de Pikogan), madame Karen Morency, nutritionniste (Centre de santé du Lac Simon) et madame Rose Dumont, infirmière (Centre de santé du Lac Simon). Sans votre aide si précieuse, cette étude n'aurait jamais eu lieu.



Un grand merci à madame Marie-Denise Guay, secrétaire à l'Hôpital Charles LeMoyne, qui m'a aidée à terminer la retranscription des verbatims après la naissance de mon garçon.

Je tiens aussi à remercier pour leur contribution financière, sous forme de bourses d'études de certains organismes : Santé Canada, Tembec, la Fondation nationale des réalisations autochtones et l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie. Merci également au Conseil de bande Abitibiwinni de permettre l'octroi d'une allocation scolaire pour aider les jeunes Algonquins à poursuivre leurs études.

Une pensée spéciale aux personnes qui côtoient ma vie. Merci maman, papa, Martin, Stéphanie, Maximilien, Sarah Ève, Madame Beaucher, Sophie Natasha, Caroline et Edith. À votre façon, vous m'avez aidée et soutenue énormément dans cette belle aventure.

Finalement, merci à mon conjoint Eric : merci pour ta patience et ta compréhension. Tu m'as souvent donné la force et le courage de continuer à poursuivre mon rêve. À mon petit garçon Tristan, merci d'être ce que tu es : enjoué, vivant et tellement charmant. Durant ce parcours scolaire, tu m'as fait découvrir ce qu'est la vie et de bien la vivre pleinement au jour le jour. Je t'aime Ti-Pou.

Kitci Migwetc! (Merci!)

## **PREMIER CHAPITRE**

### **PROBLÉMATIQUE**

Depuis plusieurs années, le mode de vie traditionnel des Premières Nations<sup>1</sup> a subi de grandes transformations culturelles, favorisées par une récente sédentarisation et une alimentation davantage occidentale. Ces bouleversements ont apporté des conséquences néfastes sur leur santé, dont l'augmentation alarmante du diabète de type 2 (ACD, 2003; Santé Canada, 2002). Santé Canada (2001) estime la prévalence du diabète chez les Premières Nations, standardisée selon l'âge, à près du triple de celle de la moyenne canadienne. L'Association canadienne du diabète (ACD, 2008) rapporte que certaines communautés des Premières Nations pourraient atteindre des taux de prévalence, standardisées selon l'âge, jusqu'à 26 %. De plus, Santé Canada (2001) dénombre maintenant davantage de très jeunes enfants des Premières Nations aux prises avec cette maladie chronique. Parmi les populations des Premières Nations, la communauté algonquine du Lac Simon serait une des plus touchées par le diabète au Canada (Delisle et Ekoe, 1993).

---

<sup>1</sup> Nous utiliserons cette façon d'écrire l'expression « Premières Nations » comme le propose l'Assemblée des Premières Nations (APN).

L'augmentation du diabète de type 2 touche de façon importante les femmes des Premières Nations du Canada. Environ les deux tiers des personnes diabétiques, issues des Premières Nations, sont des femmes (Bobet, 1997 dans Santé Canada, 2001). Le taux de diabète chez les femmes des Premières Nations est cinq fois supérieur à celui des autres Canadiennes (Santé Canada, 2001). L'ACD (2008) observe aussi que le diabète gestationnel est un problème de santé très présent dans cette population.

Le diabète gestationnel est défini comme une intolérance au glucose à différents degrés, apparaissant ou diagnostiqué pour la première fois durant une grossesse (ACD, 2008; American Diabetes Association, 2008; Buchanan et Xiang, 2005) et disparaissant généralement après la grossesse (Santé Canada, 2002). Au Canada, d'après l'Association canadienne du diabète (ACD, 2008), 3,7 % des femmes non autochtones ont déjà souffert d'un diabète de grossesse contre 8 % à 18% chez les femmes des Premières Nations.

Les conséquences du diabète gestationnel sont vécues à court et à long termes. À court terme, le diabète gestationnel a des conséquences pour la mère et pour l'enfant. Ainsi, la mère peut souffrir d'hypertension gravidique avec protéinurie et de prééclampsie. Par ailleurs, les conséquences du diabète gestationnel peuvent se traduire par un accouchement avec interventions, par exemple : un accouchement par

césarienne, l'utilisation de forceps et de ventouses (Lowdermilk, Perry et Bobak, 2003; Masseboeuf et Corset, 2002). À long terme, plusieurs auteurs rapportent qu'environ une femme sur deux ayant souffert d'un diabète de grossesse développera un diabète de type 2 au cours de sa vie (Boivin, Derdour-Gury, Perpetue, Jeandidier et Pinget, 2002; Rodrigues, Robinson et Gray-Donald, 1999; Santé Canada, 2002) et ces femmes seraient aussi à risque de présenter certains troubles cardiovasculaires (ACD, 2003).

Les femmes aux prises avec un diabète gestationnel doivent adopter certains comportements de santé. Ces comportements concernent des modifications de leur alimentation, la mesure quotidienne de leur glycémie capillaire, l'augmentation de l'exercice physique et, le cas échéant, la prise de médication (ACD, 2008; Boivin *et al.*, 2002; Masseboeuf et Corset, 2002; Setji, Brown et Feinglos, 2005). Par conséquent, les femmes aux prises avec un diabète de grossesse reçoivent un enseignement, adapté à leur condition, favorisant l'adoption de ces comportements de santé, et ce, toujours en lien avec le traitement proposé. L'objectif ultime de ce plan de traitement est de maintenir une glycémie normale et ainsi tenter de réduire les risques pour la mère et l'enfant, reliés à une glycémie non contrôlée.

Or, selon Leininger (Leininger et McFarland, 2002; 2006), les soins doivent être définis dans un contexte de culture. De plus, des soins infirmiers culturellement

compétents ne peuvent être dispensés que si les valeurs entourant les soins sont connues et sont à la base de soins qui ont une signification culturelle.

Plusieurs chercheurs ont étudié les dimensions culturelles et le diabète dans des communautés particulières (Roy, 1999; 2002; Smith-Morris, 2004; Taylor, Keim, Sparrer, Van Delinder et Parker, 2004; Travers, 1995). Toutefois, ils ont surtout mis l'accent sur les facteurs culturels qui constituent des risques pour développer le diabète. Leininger (Leininger et McFarland, 2002; 2006) propose, pour sa part, d'analyser les influences culturelles qui peuvent expliquer les différents phénomènes de soins, présents dans les communautés culturelles. Ces influences se traduisent, pour cette théoricienne, en des facteurs d'ordre technologique, religieux, philosophique, familial, social, politique, légal, économique, éducationnel ainsi que des facteurs en lien avec le mode de vie et les valeurs culturelles. Les soins, dans ce contexte, consistent à assister, soutenir ou rendre possible des comportements qui facilitent ou améliorent la condition des personnes.

De plus, l'Assemblée des Premières Nations (APN) (2005) reconnaît aux femmes des Premières Nations un rôle crucial dans la transmission de la culture aux générations plus jeunes. Il devient alors important de comprendre les facteurs culturels qui contribuent au maintien des comportements de santé encouragés pendant la grossesse après que des femmes algonquines aient reçu un diagnostic de diabète

gestationnel. Cette compréhension peut contribuer à offrir des soins culturellement compétents, notamment pour préserver les comportements qui maintiennent la santé de ces femmes, mais aussi celle de leurs enfants et de leur entourage.

Or, à notre connaissance, aucune étude n'a été menée auprès des femmes algonquines pour comprendre ces facteurs culturels qui maintiennent après l'accouchement, les comportements de santé encouragés pendant la grossesse.

#### QUESTION DE RECHERCHE

Étant donné que les femmes, à qui le diagnostic de diabète gestationnel est posé, reçoivent un enseignement sur les comportements de santé nécessaires à la régulation de leur glycémie, quels sont les facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez des femmes algonquines ayant souffert d'un diabète gestationnel?

## **DEUXIÈME CHAPITRE**

### **RECENSION DES ÉCRITS**

La recension et l'analyse des écrits seront présentées afin d'examiner les concepts reliés au maintien des comportements de santé des femmes algonquines qui ont été aux prises avec le diabète gestationnel et qui ont été exposées à de l'éducation pour la santé. D'après Fortin (1996), la recension des écrits est nécessaire pour « documenter la source de nos idées et à étoffer la justification qui sous-tend la question de recherche » (Fortin, 1996, p. 69). En ce sens, nous explorons quatre concepts : la population algonquine, la physiopathologie du diabète gestationnel, les études sur le diabète réalisées auprès des Algonquins ainsi que les études sur les facteurs culturels associés au diabète de type 2 chez les Premières Nations.

#### **1. LA POPULATION ALGONQUINE**

Cette section comprend quatre parties. La première partie présente la terminologie utilisée pour définir la population autochtone. La deuxième partie porte sur un bref aperçu historique de la population algonquine. La troisième partie dresse

le portrait actuel des Algonquins d'aujourd'hui. Finalement, la dernière partie discute de la vision holistique de la santé des Algonquins.

### **1.1 La terminologie pour définir la population autochtone**

La terminologie décrivant la population autochtone ne cesse d'évoluer. Il n'existe donc pas de consensus dans les écrits (AINC, 2002). Toutefois, il est pertinent d'au moins définir les principaux termes utilisés et reliés à la population autochtone.

Depuis les millénaires, les peuples autochtones habitaient un vaste territoire de l'Amérique dont le Canada (AINC, 2002). Ces peuples autochtones « vivaient sur ce territoire et possédaient une langue, une culture, des croyances religieuses et un système politique qui leur étaient propres. Chaque collectivité ou chaque culture avait choisi son propre nom » (AINC, 2002, p. 4). Toutefois, lorsqu'il est arrivé en Amérique, Christophe Colomb se croyait en Inde. Pour cette raison, il désigna les habitants rencontrés dans ce « nouveau » (pour lui!) continent, les Indiens (AINC, 2002).

Le terme « Indien » a longtemps été utilisé pour désigner les Premières Nations (AINC, 1997). De façon collective, on nomme « Indiens » tous les peuples autochtones du Canada, à l'exception des Métis et des Inuits (AINC, 2002; APN,



2009). Toutefois, de nos jours, ce terme est souvent considéré comme inapproprié, offensant, voire même blessant, par ceux-ci (AINC, 1997; APN 2009). Depuis les années soixante-dix, il a graduellement été remplacé par « Premières Nations » (AINC, 2002; APN, 2009). Or, il n'existe aucune définition officielle des « Premières Nations », malgré que cette expression soit largement répandue et utilisée au cours des dernières années (AINC, 2002).

Au Canada, « Autochtone » fait référence aux premiers peuples qui habitaient ce territoire avant l'arrivée des Européens ainsi qu'à leurs descendants. Il est sans égard à leur origine ou à leur identité et il est souvent utilisé pour désigner plus d'une personne (AINC, 2002). Cependant, lorsque le thème « peuples autochtones » est utilisé, l'accent est mis sur la diversité existante et présente à l'intérieur d'un groupe autochtone (AINC, 2002).

Selon la Loi constitutionnelle de 1982, les peuples autochtones au Canada sont répartis en trois groupes : il y a les Indiens, les Inuit et les Métis (AINC, 2004a). Trois groupes réfèrent au terme « Indien » au pays : les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits et les Indiens visés par un traité.

Tout d'abord, il y a les Indiens inscrits. Ceux-ci ont eu le droit d'ajouter leur nom au Registre des Indiens du Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Cette liste officielle, que détient le Gouvernement du Canada, leur reconnaît certains

droits ou privilèges (AINC, 2004a). Les Indiens non inscrits, quant à eux, se considèrent comme Indiens ou comme membres d'une Première Nation, « mais qui ne sont pas reconnus par le gouvernement du Canada à ce titre, en vertu de la *Loi sur les Indiens*, soit parce qu'ils sont incapables de prouver leur statut, soit parce qu'ils ont perdu leur droit au statut » (Extrait du Site Web de AINC, 2004a). Finalement, les Indiens visés par un traité sont des descendants de membres des Premières Nations ayant signé un traité avec le Gouvernement du Canada et qui ont un rapport actuel avec une bande ou une communauté visée par un traité. (AINC, 2004a).

Ainsi, la terminologie décrivant les Premières Nations ne cesse d'évoluer et il n'existe pas de définition officielle. Toutefois, dans ce mémoire, nous utiliserons principalement le terme « Premières Nations » pour décrire la population autochtone ou algonquine.

## **1.2 Bref aperçu historique de la population algonquine**

La population algonquine a été le sujet d'intérêt de peu d'écrits comparativement à d'autres Premières Nations du Québec, malgré qu'elle soit connue depuis le tout début de la colonisation européenne (Bousquet, 2002a). Par ailleurs, les Premières Nations ont une tradition davantage orale qu'écrite. Les principales étapes

historiques de cette Première Nation seront énoncées à la lumière de quelques écrits retracés.

Lors de l'arrivée des premiers Européens, deux grandes familles linguistiques amérindiennes se partageaient les régions actuelles du nord de la Nouvelle-Angleterre, des Grands Lacs, du Québec et des provinces maritimes: soit l'iroquoienne et l'algonquienne (Laberge, 1998). De plus, la grande famille linguistique algonquienne couvrait aussi toute la région de la Caroline du Nord, en passant par le centre-est des États-Unis, par l'Ouest canadien et jusqu'aux Rocheuses (Couture, 1983; Delâge, 1985). La famille linguistique algonquienne réunit, entre autres, les Abénaquis, les Algonquins, les Attikameks, les Cris, les Micmacs, les Malécites, les Montagnais, les Naskapis, etc. (Laberge, 1998). Elle était la famille linguistique la plus peuplée avant l'arrivée des premiers Européens en Amérique. Toutefois, depuis, quelques nations algonquiennes ont totalement disparu, d'autres ont survécu difficilement et d'autres ont prospéré comme les Cris et les Ojibways (Couture, 1983).

Les Algonquins sont donc issus de cette grande famille linguistique algonquienne (AINC, 2004b). Ils utilisent le mot *Anicinabe* pour s'identifier, signifiant « les vrais hommes » en français. Leurs territoires ancestraux s'étendaient

du Lac des Deux-Montagnes, vers l'Abitibi-Témiscamingue et en passant par l'Ontario (CSSSPNQL, 2007).

Selon Couture (1983), le mode de vie de la population algonquine s'est transformé considérablement avec l'arrivée de « l'homme blanc ». D'une part, au début du 17<sup>e</sup> siècle, leur territoire fut parsemé de postes de traite où avait lieu le commerce de la fourrure. Une « régionalisation progressive des bandes amérindiennes autour de ces postes » (Viau, 1995b, dans Bousquet, 2002a, p. 136) en a découlé. D'autre part, les méthodes traditionnelles de chasse ont été remplacées graduellement par les armes ainsi que les pièges provenant de « l'homme blanc ». À la longue, les Algonquins ne chassaient plus pour se nourrir exclusivement. Ils se procureraient maintenant des denrées ou produits provenant de « l'homme blanc » en échange de fourrures, créant ainsi une mentalité de dépendance envers ceux-ci selon Couture (1983).

En outre, des gouvernements et missionnaires ont souhaité que les Algonquins abandonnent leur vie nomade pour vivre d'agriculture, pratique totalement contraire à leur mode de vie traditionnel (Couture, 1983). Au début du 20<sup>e</sup> siècle, la colonisation de l'Abitibi-Témiscamingue avec l'arrivée massive d'agriculteurs, de prospecteurs et de bûcherons les a finalement conduits à la sédentarisation (Couture, 1983; CSSSPNQL, 2007). Cette colonisation les a également forcés à se déplacer vers

d'autres territoires de chasse du Nord du Québec et de l'Ontario (Couture, 1983). Deux autres facteurs ont contribué à la sédentarisation des Algonquins : la création des « réserves autochtones » à partir du milieu du 19<sup>e</sup> siècle et l'établissement de pensionnats pour les jeunes Algonquins (Couture, 1983).

### **1.3 Les Algonquins d'aujourd'hui**

De nos jours, d'après les statistiques du Secrétariat des affaires autochtones (2004), il y aurait 9111 Algonquins vivant au Québec. Ces derniers demeurent principalement dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Outaouais (voir Annexe A). Il s'agit de la même Première Nation décrite dans le film « Le peuple invisible » de Desjardins et Monderie (2007) produit par l'Office national du film du Canada (ONF).

Actuellement, il existe neuf communautés algonquines au Québec : Eagle Village (Kipawa), Grand Lac Victoria (Kitcisakik), Wolf Lake, Kitigan Zibi, Lac Simon, Pikogan (Abitibiwinni), Lac Rapide (Barriere Lake), Timiskaming et Winneway (Long Point First Nation) (AINC, 2004b). Certaines communautés sont plus importantes que d'autres. La plus peuplée est celle de Kitigan Zibi, avec plus de 2605 habitants (Secrétariat aux affaires autochtones, 2004). Finalement, un nombre non négligeable d'Algonquins vivent dans les milieux urbains, comme Montréal, Québec, Val-d'Or.

La langue algonquine est parlée dans la plupart des communautés et certaines personnes, surtout des personnes âgées, ne connaissent ni le français, ni l'anglais (Dumas *et al.* et le Secrétariat aux affaires autochtones, 1995). On estime à près de 60% des Algonquins qui parlent encore l'algonquin (CSSSPNQL, 2007). Toutefois, bien des gens s'expriment dans une autre langue que celle apprise à la maison. En effet, le français est présent, particulièrement dans les communautés de Kitcisakik, Lac Simon et Pikogan. Quant à l'anglais, il est parlé dans les autres communautés algonquines principalement (Dumas *et al.*, 1995).

Les communautés algonquines d'aujourd'hui présentent des différences qui seront décrites à la lumière de l'étude doctorale de Bousquet (2002a). Quelques communautés semblent avoir adopté un mode de vie plus urbain étant donné la proximité avec des villes québécoises (Ex. Kitigan Zibi, Pikogan, Timiskaming) tandis que d'autres vivent dans un milieu semi-éloigné ou éloigné des centres urbains régionaux (Ex. Eagle Village, Grand Lac Victoria, Wolf Lake, Lac Simon, Lac Rapide et Winneway). Ainsi, quelques communautés algonquines offrent certains services que l'on peut retrouver aussi dans les villes québécoises avoisinantes (ex. stations-services, dépanneurs, restaurants, centres de santé, postes de polices amérindiennes, etc.). Également, on retrouve plusieurs petites entreprises, œuvrant principalement dans les domaines de la foresterie, du transport, de la construction, de l'artisanat et du tourisme, etc. (CSSSPNQL, 2007). Toutefois, certaines communautés algonquines sont plus isolées comme le Lac Rapide. Cette communauté se situe dans

la réserve faunique La Vérendrye, soit à mi-chemin entre Val-d'Or et Mont-Laurier. D'après Bousquet (2002a), au Lac Rapide, il n'y a qu'un commerce local, soit une boutique d'artisanat.

Une communauté, celle de Kitcisakik, se distinguerait par sa situation plus particulière, car elle est sans statut aux yeux de l'État. Elle est située dans la réserve faunique La Vérendrye. Environ 360 Algonquins vivent toujours selon le mode de vie traditionnel. Plusieurs maisons ne possèdent ni de systèmes d'aqueduc ni d'égout ni d'électricité (Conseil des Anicinapek de Kitcisakik, 2009; Wikipédia, 2008).

#### **1.4 La conception holistique des Algonquins en matière de santé**

Selon l'Agence des services de santé et des services communautaires de l'Î.-P.-É (1996), les Premières Nations, comme plusieurs Algonquins, auraient une conception holistique de la santé, conception résumée dans le Cercle des influences ou la roue de la médecine (McGowan, 2002).

Ce cercle (voir Annexe B) expliquerait les déterminants de la santé et consiste en quatre quadrants qui indiquent les différentes dimensions de la santé : physique, affective, mentale et spirituelle (Waldram, Herring et Young, 2006). La santé

physique renvoie aux besoins vitaux de l'être humain (air, eau, nourriture, etc.). La santé affective véhicule les principes de reconnaissance, d'amour, d'intimité, etc. La santé mentale se rapporte aux concepts, aux idées, aux pensées, etc. La santé spirituelle concerne le sentiment d'être apparenté aux autres créations du Grand Manitou ou du Grand Esprit. (Beaver Lake First Nation, 1995, dans Agence des services de santé et des services communautaires de l'Î.-P.-É., 1996).

Cette vision holistique peut être illustrée pour l'alimentation. Ainsi, le volume de la nourriture traditionnelle intégrée à l'alimentation quotidienne peut être considéré comme un indicateur de l'attachement au territoire, de la bande, de la conception de l'identité (Bousquet, 2002b). Cette représentation de l'alimentation peut avoir des répercussions sur les comportements qui mènent ou non au développement du diabète.

Le Cercle des influences semble être apparenté au Cercle sacré de la vie que décrivent les travaux de Sioui (1999). Ce Cercle :

dans lequel l'homme occupe une place égale à celle des autres créatures, bien que marqué d'une responsabilité particulière, est divisé en quatre quartiers. Quatre est le chiffre sacré en Amérique. Il y a quatre directions sacrées, quatre couleurs sacrées, quatre races d'humains, chacune avec sa vision sacrée, quatre âges de la vie humaine (enfance, âge adulte, vieillesse et, de nouveau, enfance), quatre saisons, quatre temps du jour, eux autres sacrés, etc. Le cercle fonctionne donc en cycles de quatre mouvements (Sioui, 1999, p. 16).



En somme, les Algonquins ont vécu de grands changements dans le mode de vie traditionnel à travers les siècles. Étant autrefois une nation nomade, les Algonquins vivent maintenant avec un mode de vie plus sédentaire et ont tendance à s'imprégner de la culture nord-américaine. Ce nouveau mode de vie a eu des conséquences néfastes sur leur santé. Une de ces conséquences est le diabète gestationnel.

## **2. LE DIABÈTE GESTATIONNEL**

Cette section comprend deux parties. La première partie traitera du diabète gestationnel, sa définition, sa prévalence et son dépistage. La deuxième partie portera sur la physiopathologie du diabète gestationnel pour mieux en reconnaître les conséquences sanitaires.

### **2.1 Définition, prévalence et dépistage**

Le diabète gestationnel est défini comme une intolérance au glucose à différents degrés apparaissant ou diagnostiqué pour la première fois durant une grossesse (ACD, 2008; American Diabetes Association, 2008; Buchanan et Xiang, 2005). Généralement, le diabète gestationnel disparaît après la grossesse (Santé Canada, 2002).

Le diabète gestationnel se développerait dans 7 % des grossesses (Setji *et al.*, 2005). Selon l'American Diabetes Association (2008), le taux de prévalence du diabète gestationnel variaient de 1 à 14 % des grossesses, selon la population étudiée. Kim, Newton et Knopp (2002) rapportent qu'environ 135 000 femmes américaines en souffrent chaque année. Au Canada, d'après l'Association canadienne du diabète (ACD, 2008), 3,7 % des femmes non autochtones ont déjà souffert d'un diabète de grossesse et, chez les Premières Nations, ce taux serait de l'ordre de 8 % à 18 %.

Il existe plusieurs facteurs de risque reliés au diabète gestationnel (ACD, 2003; 2008; American Diabetes Association, 2002). Les principaux sont l'âge de la mère ( $\geq 35$  ans), être un membre d'une population à risque élevé de développer un diabète (ex. population autochtone, africaine, asiatique, hispanique), avoir des antécédents personnels de trouble au niveau de la glycémie ou une histoire familiale de diabète. De plus, sont à risque, les femmes qui ont des antécédents d'un diabète gestationnel ou qui ont accouché d'un bébé de plus de 4 kg. Aussi, il existe d'autres facteurs de risque non négligeables comme l'obésité (c.-à-d. avoir un indice de masse

corporelle (IMC)<sup>2</sup> égale ou supérieure à 30 kg/m<sup>2</sup>), l'hirsutisme, le syndrome des ovaires polykystiques, l'acanthosis nigricans et la prise de corticostéroïdes.

D'après les recommandations de l'Association canadienne de diabète (ACD, 2008), toutes les femmes enceintes doivent subir un dépistage<sup>3</sup> autour de la 24<sup>e</sup> à la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse. Ce dépistage s'effectue avec une solution glucosée de 50 g que la femme enceinte doit boire. Une heure après, son taux de glycémie est mesuré. Si la glycémie est plus basse que 7,8 mmol/L, la femme est considérée comme n'ayant pas de diabète gestationnel. Si la glycémie est égale ou plus grande à 10,3 mmol/L, il y a confirmation d'un diabète gestationnel.

---

<sup>2</sup> Pour calculer l'indice de masse corporelle, on divise le poids (kg) par la taille en mètre carré (m<sup>2</sup>). Santé Canada (2003) a présenté les catégories suivantes pour définir l'IMC et a identifié le niveau de risque pour la santé chez les personnes de 18 ans et plus. Cette classification ne peut s'appliquer auprès des femmes enceintes, ni celles qui allaitent.

Classification	Catégorie de l'IMC	Risque de développer des problèmes de santé	Classification	Catégorie de l'IMC	Risque de développer des problèmes de santé
Poids insuffisant	<18,5	Accru	Obésité Classe I	30,0 - 34,9	Élevé
Poids normal	18,5 - 24,9	Moindre	Obésité Classe II	35,0 - 39,9	Très élevé
Excès de poids	25,0 - 29,9	Accru	Obésité Classe III	> ou = 40,0	Extrêmement élevé

<sup>3</sup>Selon ACD (2008), en présence de plusieurs facteurs de risque pour le diabète de grossesse, le dépistage doit être fait durant le premier trimestre de la grossesse et être repris au cours des trimestres subséquents.

Par contre, si la glycémie se situe entre 7,8 et 10,2 mmol/L, un deuxième niveau de dépistage est indiqué et s'effectue par un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) avec une solution de 75 g de glucose. Trois échantillons sanguins sont prélevés : à jeun, une heure et deux heures après l'ingestion de la solution glucosée. Selon les valeurs obtenues (voir Annexe C), on peut confirmer soit l'absence d'un diabète gestationnel, soit une intolérance au glucose, soit un diabète gestationnel.

Le dépistage universel est controversé (ACD, 2003; Kelly, Evans et Messenger, 2005) et souvent sélectif (ACD, 2003). Au Canada, le dépistage est de routine, mais il n'est pas nécessairement universel (Kelly *et al.*, 2005). Toutefois, les femmes enceintes présentant des facteurs de risques subissent automatiquement un dépistage. Aux États-Unis, 96 % des obstétriciens prescrivent systématiquement un dépistage (Kelly *et al.*, 2005).

En septembre 2008, l'ACD (2008) a présenté ses nouvelles lignes directrices pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Une rencontre internationale devait avoir eu lieu à l'été 2008 pour uniformiser les critères pour le diagnostic du diabète de grossesse. Les lignes directrices de l'ACD (2003) pour le diagnostic du diabète gestationnel demeurent donc inchangées, dans l'attente des résultats de cette rencontre.

## 2.2 Physiopathologie du diabète gestationnel

La physiopathologie du diabète gestationnel a été résumée par Lowdermilk *et al.* (2003). Le diabète gestationnel se développe vers la fin du deuxième trimestre et au troisième trimestre, autour de la 24<sup>e</sup> à 28<sup>e</sup> semaine de gestation. À cette période, les besoins nutritionnels du fœtus augmentent. L'ingestion maternelle de nutriments provoque des taux de glycémie qui sont davantage élevés et soutenus. Simultanément, une augmentation de la résistance à l'insuline s'installe en raison des « effets antagonistes de l'insuline provenant des hormones placentaires, du cortisol et de l'insulinase » (Lowdermilk *et al.*, p. 716). Ainsi, la demande maternelle en insuline peut être multipliée par trois. Habituellement, l'organisme de la femme enceinte est capable de produire suffisamment d'insuline afin de compenser cette insulino-résistance et maintenir une glycémie normale. Toutefois, un diabète gestationnel peut s'installer, lorsque le pancréas est dans l'incapacité de produire de l'insuline en quantité suffisante ou que cette insuline est utilisée de façon inefficace dans l'organisme.

Le diabète gestationnel a des conséquences pour la mère et pour l'enfant. Ainsi, la mère peut souffrir d'hypertension gravidique avec protéinurie et de prééclampsie. Par ailleurs, les conséquences du diabète gestationnel peuvent se traduire par un accouchement avec interventions, par exemple : un accouchement par

césarienne, l'utilisation de forceps et de ventouses lors de la poussée de l'enfant hors du ventre de la mère (Lowdermilk *et al.*, 2003; Masseboeuf et Corset, 2002).

Les conséquences du diabète gestationnel sur la santé de l'enfant sont importantes (ACD, 2003; Lowdermilk *et al.*, 2003; Masseboeuf et Corset, 2002; Rodrigues *et al.*, 1999). Le bébé peut être prématuré, avoir un score d'Apgar bas. Aussi, il peut souffrir d'hypoglycémie, d'hypocalcémie et d'hyperbilirubémie néonatale. Par ailleurs, il risque d'être macrosomique, c'est-à-dire peser plus de 4 kg. Il peut subir des traumatismes à la naissance, principalement en raison de son poids. Finalement, l'enfant peut souffrir d'une détresse respiratoire, voire même mourir.

À plus long terme, l'enfant et la mère peuvent développer une intolérance au glucose et un diabète de type 2 au cours de leur vie (ACD, 2003). Également, le risque d'obésité de l'enfant est accru (ACD, 2003, Lowdermilk *et al.*, 2003). La mère serait aussi à risque de présenter certains troubles cardiovasculaires (ACD, 2003; 2008).

### **2.3 Comportements de santé enseignés et traitements instaurés lors d'un diabète gestationnel**

Dans cette sous-section, nous regarderons, d'une part, les comportements de santé enseignés et, d'autre part, les traitements instaurés lors d'un diabète gestationnel.

Selon Setji *et al.* (2005), ces complications peuvent être évitées en maintenant une glycémie normale. Pour y arriver, une équipe de professionnels de la santé instaure un traitement et enseigne les comportements de santé attendus. Tout d'abord, sont prônés un régime alimentaire équilibré et adapté en fonction de besoins nutritionnels ainsi que des objectifs pondéraux et glycémiques durant la grossesse (ACD, 2003; 2008; Masseboeuf et Corset, 2002 ; Setji *et al.*, 2005). De plus, sont visés une réduction de la consommation de lipides et le partage des apports glucidiques durant la journée (Masseboeuf et Corset, 2002).

Pour contrôler les conséquences du diabète gestationnel, la femme enceinte doit se plier à un certain mode de vie. Elle doit respecter sa diète et des heures de repas et effectuer des glycémies capillaires (Boivin *et al.*, 2002; Masseboeuf et Corset, 2002), idéalement « six fois par jour en période pré-postprandiale » (Masseboeuf et Corset, 2002, p. 18). Les objectifs glycémiques recommandés lors

d'un diabète gestationnel devraient tendre vers les valeurs suivantes : de 3,8 à 5,2 mmol/L avant les repas, de 5,5 à 7,7 mmol/L une heure après les repas et de 5,0 à 6,6 mmol/L deux heures après les repas et avoir une hémoglobine glyquée égale ou inférieure à 6,0% (ACD, 2008).

Si le traitement nutritionnel ne suffit pas, un traitement d'insuline sera préféré (ACD, 2008; Boivin *et al.*, 2002). La littérature scientifique récente démontre que certains hypoglycémisants oraux tels que le glyburide et la metformine (ne traversant pas la barrière placentaire) pourraient être administrés après le deuxième et le troisième trimestre et permettraient un bon contrôle de la glycémie (ACD, 2003; 2008). Toutefois, l'Association canadienne du diabète (ACD, 2008) recommande de ne pas les prescrire systématiquement aux femmes enceintes ayant un diabète gestationnel tant qu'ils ne sont pas approuvés officiellement.

Setji *et al.* (2005) recommandent également l'exercice chez la femme enceinte souffrant d'un diabète gestationnel, si sa condition le permet. Certains chercheurs ont, en effet, mis en évidence des taux d'hémoglobine glyquée améliorés chez des femmes enceintes à qui la diète et l'exercice avaient été conseillés, comparativement à celles qui avaient été encouragées à modifier seulement leur alimentation (Setji *et al.*, 2005).



Le stress pourrait avoir aussi un effet sur la glycémie selon certaines études (Surwit, Van Tilburg, Zucker, McCaskill, Parekh, Feinglos, Edward, William et Lane, 2002). D'ailleurs, il est prouvé que la gestion du stress aurait un effet bénéfique sur la glycémie des diabétiques de type 2 et sur leur hémoglobine glyquée réduisant ainsi certaines complications (Surwit *et al.*, 2002). Toutefois, aucune publication ne traite des effets de la gestion du stress chez les femmes enceintes vivant avec le diabète gestationnel.

Ainsi, le diabète gestationnel entraîne des modifications dans le mode de vie de la femme enceinte qui doit se plier à un plan de traitement afin de réduire les risques pour sa santé et son enfant. Ce plan vise à maintenir une glycémie normale. Par ailleurs, nous avons vu que la prévalence du diabète gestationnel est très élevée chez les femmes des Premières Nations. À la lumière de ces renseignements, il devient pertinent de parcourir des études traitant du diabète auprès de la population algonquine, plus spécifiquement.

### 3. ÉTUDES SUR LE DIABÈTE AUPRÈS DE LA POPULATION ALGONQUINE

Les études sur le diabète en lien avec les Algonquins sont rares. En effet, à notre connaissance, il n'y aurait qu'une seule étude sur le diabète en lien avec cette Première Nation. Il s'agit de celle de Delisle et de son équipe provenant de

l'Université de Montréal. Cette étude a débuté en mars 1989 pour se terminer en décembre de la même année auprès de deux communautés algonquines, soit à River Desert (maintenant appelé Kitigan Zibi) et au Lac Simon. De cette étude, trois articles scientifiques ont découlé. Deux études sur la prévalence du diabète en 1993 (n = 621) et 1995 (n = 299) (Delisle et Ekoe., 1993; Delisle, Rivard et Ekoe, 1995) ainsi qu'une étude sur les effets reliés à un antécédent diabétique maternel en 1996 (n = 352) (Ekoe , Thomas, Balkau, Eschwege et Delisle, 1996).

D'après les articles de Delisle *et al.* (Delisle et Ekoe, 1993; Delisle *et al.*, 1995; Ekoe *et al.*, 1996), les objectifs de leur étude étaient de :

1. Évaluer et comparer la prévalence du diabète non insulino-dépendant (DNI) et l'intolérance au glucose auprès de deux communautés algonquines ;
2. Comparer la prévalence d'un DNI chez les 30-64 ans de deux communautés algonquines à d'autres groupes autochtones ;
3. Déterminer le lien entre les antécédents maternels de diabète et le syndrome de résistance à l'insuline ;
4. Évaluer l'obésité ;
5. Évaluer les marqueurs de risques cardiovasculaires.

L'équipe de Delisle *et al.* a utilisé diverses stratégies lors de la collecte de données. Elle a procédé à des mesures anthropométriques et au recueil de différents paramètres, comme la pression artérielle. De plus, elle a fait subir une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) avec une solution de 75 g de glucose à tous les participants, sauf aux personnes dont le diabète était connu. Par ailleurs, des prélèvements sanguins ont été effectués afin de déterminer le taux de glucose, de triglycérides, de cholestérol total, de HDL et de LDL.

Les résultats confirment l'importance du problème du diabète non insulino-dépendant chez les Algonquins, bien qu'il puisse subsister des différences entre les deux communautés. Le tableau 1 compare les taux de prévalence du diabète non insulino-dépendant dans les deux communautés, taux tirés de l'étude de Delisle et Ekoe (1993).

Tableau 1  
Prévalence du diabète non insulino-dépendant selon le sexe auprès des communautés  
de River Desert (Kitigan Zibi) et du Lac Simon

	River Desert (Kitigan Zibi) Population de 1200 habitants		Lac Simon Population de 600 habitants	
	Taux	Intervalle de confiance à 95%	Taux	Intervalle de confiance à 95%
Hommes	8	5-12	14	10-18
Femmes	10	7-12	23	20-26
Population totale	9	7-11	19	16-21

Le taux de prévalence standardisé selon le sexe et l'âge pour le diabète non insulino-dépendant était de 19 % au Lac Simon. Il s'agissait du plus haut taux rapporté auprès d'une communauté des Premières Nations du Canada. Au Lac Simon, le taux de diabète non insulino-dépendant des femmes était de 23 % comparativement à 14 % pour les hommes.

Le taux d'obésité (IMC supérieur à 30kg/m<sup>2</sup>) était significativement plus élevé chez les femmes du Lac Simon, comparativement aux hommes du Lac Simon (37 % comparativement à 19 %). Toutefois, cette différence liée au sexe n'a pas été observée auprès des femmes et des hommes de River Desert (Taux de 31 % et 23 % respectivement).

Également, dans leur étude, l'équipe de Delisle *et al.* a étudié la prévalence du diabète non insulino-dépendant pour la population âgée entre 30 et 64 ans. Le taux des femmes du Lac Simon était plus élevé (48,6%) que celui des femmes de River Desert (16,3%). De plus, le pourcentage des participants avec un antécédent maternel de diabète était sensiblement différent de ceux avec un antécédent paternel de diabète (31 % contre 18 %). Finalement, les participants ayant des antécédents maternels de diabète présentaient des indices de masse corporelle (IMC) statistiquement plus élevés ainsi que plusieurs marqueurs de risques cardiovasculaires.

Delisle et ses collaborateurs ont mis en lumière l'importance du problème de diabète chez la population algonquienne du Lac Simon et de Desert River (Kitigan Zibi). De plus, certains taux étaient comparables à différentes populations autochtones à travers le monde. Par exemple, le taux élevé du diabète non insulino-dépendant chez les femmes du Lac Simon est similaire à celui des femmes autochtones de Pima aux États-Unis et de Nauru, dans la région du Pacifique-Sud. Par ailleurs, les auteurs relatent que l'obésité n'explique pas entièrement le taux élevé de diabète non insulino-dépendant au Lac Simon, quoiqu'elle soit répandue chez les femmes de cette communauté. Certains résultats confirment que les anomalies associées au syndrome de résistance à l'insuline ont une composante familiale, principalement maternelle. Les chercheurs soutiennent l'hypothèse que ces anomalies

se produiraient avant le développement du diabète en présence d'une obésité et certains taux élevés d'insuline, de triglycérides et de cholestérol. Ainsi, les facteurs génétiques et environnementaux sont susceptibles de jouer un rôle dans le développement du diabète.

#### 4. ÉTUDES SUR LES FACTEURS CULTURELS EN LIEN AVEC LE DIABÈTE

Malgré les observations effectuées par l'équipe de Delisle *et al.*, aucun chercheur n'a étudié les facteurs culturels associés au diabète qu'il soit gestationnel ou non, chez les Algonquins. Toutefois, quelques chercheurs se sont intéressés aux facteurs culturels en lien avec le diabète chez les communautés des Premières Nations suivantes : micmaques, innues, de l'Oklahoma et de Pima. Ces études ethnographiques nous permettront de mieux faire le lien avec notre cadre de référence qui sera présenté ultérieurement.

Tout d'abord, il y a l'étude de Travers (1995). Son intérêt pour la communauté micmaque s'explique par le fait que cette communauté, vivant dans la région de l'Atlantique, présentait le plus haut taux de prévalence (8,7 %) de diabète non insulino-dépendant chez les Premières Nations du Canada, ajusté pour l'âge et le sexe. Le but de son étude était de comprendre les origines socioculturelles du diabète

chez la population micmaque du Cap-Breton afin d'élaborer des politiques et des mesures préventives et curatives adaptées sur le plan culturel.

Travers (1995) a sélectionné deux communautés, l'une en milieu urbain et l'autre en région éloignée. Elle a utilisé diverses stratégies pour sa collecte de données. Au cours d'entrevues ethnographiques individuelles et semi-structurées auprès de 10 personnes d'origine micmaque, elle a abordé des thèmes prédéterminés en lien avec les activités de la vie quotidienne, les valeurs, les croyances, les obstacles perçus et les ressources offertes. De plus, l'observation a apporté une dimension concrète aux données recueillies par l'entrevue et a permis d'en vérifier la validité interne. Toutes ces informations détaillées ont été soigneusement consignées dans un journal de bord. Travers a également participé à des rencontres communautaires au cours desquelles les participants ont pu s'exprimer sur leur mode de vie ainsi que sur leur santé et réfléchir sur les problèmes ressortis lors des entrevues individuelles ou lors de l'observation. Ce processus a pu appuyer l'information obtenue par les entrevues individuelles.

Les premiers résultats sont d'ordre politique, économique et sanitaire. Travers (1995) cite comme exemple, la «relocalisation forcée» des communautés micmaques dans les années vingt qui aurait influencé le mode de vie et les habitudes alimentaires. Auparavant, les territoires ancestraux regorgeaient de terres fertiles et

richesses poissonnières. Déportées de force, les communautés micmaques se retrouvent maintenant dans des zones marécageuses et éloignées des cours d'eau. Aussi, étant privées de leurs sources d'aliments traditionnels, les Premières Nations doivent maintenant payer pour se nourrir. Certains supermarchés seraient à plusieurs kilomètres de leurs lieux de résidence. Les Micmacs seraient totalement dépendants des magasins d'alimentation. Or, les magasins d'alimentation, présents sur les territoires autochtones, débordent d'aliments peu nutritifs et très demandés comme les boissons gazeuses, les croustilles, les friandises au détriment d'aliments plus sains. Finalement, les différences culturelles ne seraient pas prises en compte pour l'éducation à la santé entourant le diabète et la modification du mode de vie. Travers (1995) conclut que cette recherche qualitative devrait contribuer à l'adaptation des pratiques professionnelles aux besoins culturels des Micmacs.

Roy (1999; 2002), utilisant une approche anthropologique, a fait un portrait de la situation du diabète chez les communautés innues (appelées autrefois montagnaises), localisées principalement dans la région de la Côte-Nord. Les taux de prévalence du diabète pour la population totale chez les communautés innues varient de 4,5 % à 10,8 %, comparativement à 1,6 % au Québec, et seraient sensiblement plus élevés en milieu rural ou éloigné (Roy, 1999).



Selon Roy (1999; 2002), des professionnels de la santé se disent exaspérés par certains Innus diabétiques qui seraient peu fidèles aux rendez-vous de suivi ou aux journées de clinique reliées au diabète. D'autres professionnels de la santé croient que la notion du temps des Innus est différente de celle des Québécois, ce qui pourrait expliquer cette « irresponsabilité ». Or, d'après les observations de Roy, les Innus diabétiques se présentent au cours des journées précédant ou suivant celles consacrées à la clinique du diabète. En effet, ils consultent les services médicaux ou infirmiers au moins sept fois par année et la moitié se prévalent, mensuellement, de services offerts par le centre de santé.

La population innue serait, selon Roy (1999; 2002), une population « savante » concernant le diabète. Un grand nombre de personnes sont en mesure de reconnaître les signes et les symptômes d'une hypoglycémie ou d'une hyperglycémie. Dans cette étude, les trois quarts des Innus discernent les valeurs normales d'une glycémie et plusieurs Innus diabétiques mentionnent que les premiers signes précurseurs du diabète ont été rapidement identifiés par les membres de leur famille (Roy, 1999). Malgré ce haut niveau de connaissances, la prévalence du diabète demeure toujours élevée dans les communautés innues. Mais les Innus diabétiques, désireux d'adopter de nouveaux comportements de santé (ex. pratique de la marche), doivent contrer une pression sociale ou familiale. Certaines femmes diabétiques affirment être peu encouragées dans leur prise en charge ou sont victimes de railleries ou de commentaires négatifs de la part des membres de leur communauté. La perte du

poids est associée à la maladie ou à un moins grand pouvoir d'attraction physique, principalement chez les femmes. Le diabète est perçu comme une « maladie de Blanc » et la prise en charge risque d'être perçue comme un désir de marginalité (Roy, 1999).

Roy (2002) affirme que la prévalence du diabète ainsi que la résistance des populations des Premières Nations à l'égard des campagnes de promotion de la santé sont aussi d'ordre politique. L'émergence du diabète dans les communautés des Premières Nations est indissociable des profondes transformations socioéconomiques et politiques qui ont marqué les relations entre les sociétés des Premières Nations et non-autochtones. Les soins cliniques peuvent aussi entraîner des affrontements politiques. Si une personne n'est pas satisfaite d'une décision clinique, une infirmière œuvrant au sein de la communauté peut risquer des réprimandes de la part du Conseil de bande pour des soins non effectués (mais justifiés selon l'infirmière) auprès du quémendeur. Ainsi, la clinique devient en quelque sorte un lieu d'exercice du pouvoir politique et une occasion pour des membres de communautés des Premières Nations d'acquérir du pouvoir sur d'autres acteurs qui sont perçus comme les représentants de la société dominante.

Tout comme les prédécesseurs, Taylor *et al.* (2004) indiquent que le taux de prévalence au niveau du diabète est très élevé dans les communautés des Premières

Nations. Selon eux, les Premières Nations seraient à risque, et ce, près de 2,5 fois, de développer un diabète comparativement à la population en général. Son étude ethnographique avait pour objectif d'obtenir une définition culturelle de la santé et du diabète auprès de femmes autochtones vivant hors réserve en Oklahoma. Malheureusement, aucune mention n'est indiquée pour illustrer la communauté d'origine de ces femmes des Premières Nations.

L'étude s'est déroulée auprès de 79 femmes autochtones répondant aux critères de sélections prédéterminés. Elle comprenait trois rencontres. La première a servi à la signature du consentement, à la collecte des données sociodémographiques, à la remise du journal alimentaire ainsi que des instructions qui étaient reliées pour l'évaluation des préoccupations quotidiennes. La deuxième a consisté en une entrevue avec un guide portant sur la *Cultural Structure of Health and Diabetes*. La dernière rencontre a permis de recueillir le poids et les perceptions culturelles en lien avec l'image corporelle.

Les femmes interviewées définissent la santé comme l'absence de maladie actuelle ou chronique. Elles se disent en parfaite santé tant qu'il n'y a pas apparition de troubles physiques reliés au diabète. Elles considèrent qu'effectuer les activités de la vie quotidienne sans difficulté est un signe de santé. Un surpoids est perçu négativement auprès de ces femmes.

Le diabète est considéré en fonction de ses complications à long terme, la pire étant l'amputation. Quelques femmes disent que le diabète est la cause principale de la cécité et de l'insuffisance rénale terminale menant à la dialyse. Les symptômes d'une hyperglycémie ou d'une hypoglycémie sont parfois confondus. Le diabète fait peur et il est malicieux selon les femmes autochtones d'Oklahoma. Certaines d'entre elles ont une vision fataliste et affirment qu'inévitablement, tout le monde aura le diabète. Toutefois, les femmes se sentent concernées si le diabète est diagnostiqué chez un membre de leur famille, particulièrement chez un enfant. Le diabète est vécu comme une responsabilité individuelle en lien avec les soins occasionnés ou les comportements de santé encouragés. Les femmes des Premières Nations mentionnent plusieurs sources de soutien social ou d'information en lien avec le diabète, comme les professionnels de la santé et des membres de la communauté.

Smith-Morris (2004), pour sa part, s'est intéressée à la Première Nation de Pima aux États-Unis, population autochtone mondialement connue pour sa prévalence élevée de diabète. En effet, plus de la moitié des membres de la Première Nation de Pima de plus de 35 ans ont un diabète. Smith-Morris (2004) a recensé les facteurs qui contribuent à cette prévalence : la politique et l'économie, la génétique et le culturel.

Sur le plan politique et économique, Smith-Morris (2004) revient à l'histoire. Les membres de la Première Nation de Pima ont toujours occupé cette région des États-Unis et l'agriculture a toujours été importante pour leur subsistance. Or, la perte des ressources naturelles aurait créé une dépendance importante envers les gouvernements pour l'approvisionnement d'aliments, souvent riches en matières grasses ou en glucides et menant à l'obésité. Ce déclin de l'agriculture a aussi favorisé la sédentarisation.

Smith-Morris (2004) soutient que le facteur génétique a peut-être été surévalué et aurait animé un sentiment de fatalité en lien avec le diabète. Ce facteur génétique s'expliquerait par la présence, dans des populations qui vivent dans un environnement propice à la famine, d'un potentiel « gène économe » se manifestant par trois caractéristiques : un déclenchement rapide de l'insuline, une faible réception du glucose par les cellules et un métabolisme propice à emmagasiner les gras (Neel 1962; 1982 dans Smith-Morris 2004).

Les facteurs culturels soulignés par Smith-Morris (2004) concernent les conceptions entourant la nourriture, la minceur, le diabète et les pratiques diététiques. Offrir de la nourriture prouve l'hospitalité des gens et la refuser serait un manque de respect ou une erreur sociale. La minceur peut être associée à la pauvreté ou à la faiblesse. Le diabète est perçu par les Pimas comme une « maladie de Blancs ».

Quant aux pratiques diététiques, elles ne coïncident pas avec les pratiques traditionnelles.

En conclusion de cette recension, nous avons vu, dans les études précédentes, des taux de prévalence très élevés au niveau du diabète chez des Premières Nations. Nous avons également décrit plusieurs recherches qui ont étudié les dimensions culturelles et le diabète dans des communautés particulières. Toutefois, elles ont surtout mis l'accent sur les facteurs culturels qui constituent des risques pour développer le diabète. Malgré une recherche documentaire approfondie, aucune étude trouvée ne portait sur les facteurs culturels qui maintiennent les comportements de santé acquis au moment de la grossesse lorsque le diabète gestationnel a été diagnostiqué chez des femmes algonquines. La synthèse des facteurs culturels sera réalisée après les avoir définis dans le cadre de référence qui suit.

## **TROISIÈME CHAPITRE**

### **CADRE DE RÉFÉRENCE**

En recherche qualitative, les bases théoriques doivent être explicites. Ainsi, le cadre de référence prend toute son importance. En effet, celui-ci sert de balise pour la formulation du problème de recherche et déterminer la façon dont l'ensemble de l'étude sera conduit (Fortin, 2006). Par ailleurs, « il permet d'orienter la recherche dans une direction définie et de lier le sujet d'étude à l'état actuel des connaissances » (Fortin, 2006, p. 91). En recherche qualitative, le cadre de référence fournit une structure souple pour examiner un problème. Il peut aussi servir de guide pour l'analyse des données et l'interprétation des résultats (Vivar, 2007). Le cadre de référence de Leininger nous servira d'assise pour la définition des facteurs culturels ainsi que pour l'analyse des données et l'interprétation des résultats.

#### **1. MODÈLE DE MADELEINE LEININGER**

Grâce à ses connaissances en anthropologie et en sciences infirmières, Leininger fut la première infirmière américaine à introduire l'idée d'offrir des soins visant la cohérence culturelle (Leininger, 2001a), c'est-à-dire des soins en harmonie avec la culture des personnes. Elle a développé une théorie s'intéressant à l'universalité et à la diversité culturelle du soin (Leininger, 2001a; Leininger et

McFarland, 2002). Selon cette théorie, toutes les cultures possèdent des pratiques, d'une part, universelles et d'autre part, distinctes (Leininger, 1991 dans Leininger, 2001a).

En ce sens, le concept de la culture défini par Leininger se réfère aux valeurs, aux croyances, aux normes, aux symboles, aux pratiques qui sont appris, partagés et transmis entre les générations au fil du temps (Leininger et McFarland, 2002). Selon Leininger, la culture peut être très puissante, car elle influence et façonne la manière dont les personnes prennent des décisions sur leur mode de vie (Leininger et McFarland, 2002).

Le but de cette théorie est de comprendre l'influence de la culture sur les expériences face à la santé, au bien-être ou à la mort chez un individu ou chez un groupe culturel (Leininger, 1991, dans Kuster, Goulet et Pepin, 2002; Leininger, 2001a). Cette démarche permet d'améliorer et ainsi fournir des soins qui leur soient appropriés (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002). C'est pourquoi il devient primordial de comprendre les significations des rituels ou des coutumes des diverses cultures. Pour les comprendre, Leininger (Leininger et McFarland, 2002; 2006) a proposé une organisation des facteurs culturels en un schéma qui a la forme d'un soleil levant et qui porte le nom de *Sunrise Model* (voir Annexe D).



Pour bien comprendre le dynamisme du modèle de Leininger et sa vision, il est pertinent d'éclaircir certains concepts du métaparadigme des sciences infirmières. Tout d'abord, la personne est un être indissociable de sa culture et de ses valeurs et ses croyances culturelles expliqueraient son mode de vie (Leininger et McFarland, 2002). De plus, la personne a un besoin inné de prendre soin et de soigner (Leininger et McFarland, 2002). Dans le modèle du *Sunrise*, la personne (ou le groupe culturel) se retrouve presque au centre de la figure (voir Annexe D). De façon imagée, on peut affirmer que la personne occupe une place clé dans le modèle de Leininger (Leininger et McFarland, 2002; 2006).

L'environnement est complexe et multidimensionnel dans toutes les cultures (Leininger et McFarland, 2006). Il se rapporte à toutes formes contextuelles, soit les dimensions physiques, écologiques, spirituelles, sociopolitiques, familiales et technologiques (Leininger et McFarland, 2006), une situation ou une expérience particulière et significative pour l'individu (Leininger, 2001a) influant sur le mode de vie de l'individu. Dans la représentation graphique du *Sunrise* (voir Annexe D), on peut observer que l'environnement constitue les facteurs se trouvant entre les rayons du soleil levant.

La santé, quant à elle, se réfère à un état de bien-être qui est culturellement défini et constitué (Leininger, 2001a; Leininger 1991a; 1991b; 1995, dans Leininger

et McFarland, 2006), et ce, en lien avec ses croyances et ses valeurs, afin de permettre à l'individu (ou un groupe d'individus) d'accomplir ses activités de la vie quotidienne en fonction de sa culture et exprimées selon son mode de vie (Leininger 1991a; 1991b; 1995, dans Leininger et McFarland, 2006; Leininger et McFarland, 2006). Ainsi, la santé se situe au cœur du modèle de Leininger.

Selon la conception de Leininger, la discipline infirmière s'intéresse au soin transculturel (Leininger, 2001a). D'ailleurs, les infirmières utilisent des activités qui sont « dirigées vers la promotion et le maintien des comportements de santé et le recouvrement de la santé » (Kérouac, Pepin, Ducharme et Major, 2003, p. 55). Ainsi, Leininger (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002) définit le soin prodigué par l'infirmière comme une action d'assistance, de soutien et de renforcement ayant pour objectifs, d'une part, d'améliorer leur santé ou le mode de vie ou, d'autre part, d'aider pour le recouvrement de leur santé. Ces objectifs sont atteints au moyen de trois actions : la préservation et le maintien du soin culturel, l'adaptation et la négociation du soin culturel, la reconfiguration et la restructuration du soin culturel (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002; 2006).

Selon Leininger, le soin peut prendre deux formes : le soin générique et le soin professionnel présentés en Annexe D (Leininger et McFarland, 2006). Le soin générique se réfère à un savoir culturel et aux pratiques traditionnelles (Leininger

1995 dans Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2006). Le soin professionnel, quant à lui, nous renvoie à une formation officielle et reconnue ainsi qu'aux connaissances médicales (Leininger 1995 dans Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2006).

## 2. LES FACTEURS CULTURELS

Le modèle Sunrise (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002; 2006) possède quatre grandes dimensions, c'est-à-dire la vision du monde; la dimension culturelle et la structure sociale; le contexte environnemental, du langage et de l'ethnohistoire ainsi que le système de soins. De plus, il présente sept facteurs qui influencent le soin et le bien-être des personnes. Ces facteurs sont : 1) technologiques, 2) religieux et philosophiques, 3) familiaux et sociaux, 4) le mode de vie et les valeurs culturelles, 5) politiques et légaux 6) économiques et 7) éducationnels. Ces facteurs seront maintenant définis et illustrés grâce aux écrits recensés plus tôt dans ce chapitre.

## **2.1 Les facteurs technologiques**

D'après Leininger (2001a), les facteurs technologiques réfèrent à l'usage des produits électriques, mécaniques ou physiques utiles ou nécessaires pour les individus. Ce facteur n'a pas été noté dans les études décrites précédemment.

## **2.2 Les facteurs religieux et philosophiques**

Les facteurs religieux et philosophiques sont les croyances et les pratiques qui guident un individu ou un groupe d'individus dans son mode de vie (Leininger, 2001a). Dans cette optique, Roy (1999; 2002) relatait que certains professionnels de la santé croient que les Premières Nations (Innus) possèdent une conception du temps propre à eux, différent de la population nord-américaine. Taylor *et al.* (2004) soutenait, pour sa part, que les Premières Nations ont une conception différente et individuelle de la santé et qu'ils ont une conception fataliste du diabète. Finalement, Roy (1999; 2002) et Smith-Morris (2004) soulignaient que le diabète est perçu comme une « maladie de Blancs » selon les Premières Nations.

### **2.3 Les facteurs familiaux et sociaux**

Leininger (2001a) définit ce facteur comme les liens familiaux et intergénérationnels ainsi que l'interaction sociale culturelle fondée sur des croyances culturelles, les valeurs et le mode de vie récurrents au fil du temps. En ce sens, Smith-Morris (2004) mentionnait que les Premières Nations offrent de la nourriture en signe d'hospitalité et que les hôtes se devaient de l'accepter en signe de respect.

### **2.4 Le mode de vie et les valeurs culturelles**

Le mode de vie et les valeurs culturelles permettent de donner un sens ou une direction aux réflexions, aux actions, aux décisions au mode de vie d'un individu ou d'un groupe d'individus, et ce, en général, sur une période de temps (Leininger, 1978 dans Leininger et McFarland, 2006). À propos des facteurs culturels associés au diabète, Travers (1995) constatait que les Premières Nations avaient moins tendance à consommer leurs propres aliments traditionnels. Par ailleurs, Smith-Morris (2004) remarquait que les pratiques diététiques ne coïncidaient pas toujours avec les pratiques traditionnelles et que la minceur était vue péjorativement. Finalement, Roy (1999; 2002) relevait que la pratique de la marche pouvait être perçue de façon négative dans certaines communautés des Premières Nations.

## **2.5 Les facteurs politiques et légaux**

Leininger (2001a) définit ce facteur comme tout ce qui réfère à l'autorité en règlementant les actions, les décisions ou les comportements. Il existe certains éléments en lien avec le diabète et ce facteur. La « relocalisation forcée » provoquant une moins grande disponibilité des richesses naturelles (Travers, 1995). Par ailleurs, certaines épiceries offrent peu d'aliments sains et nutritifs (Travers, 1995). La dépendance envers les gouvernements, pour l'approvisionnement d'aliments, souvent riches en matières grasses ou en glucides et menant à l'obésité, que vivent certaines Premières Nations constituerait aussi un facteur important (Smith-Morris, 2004). Finalement, l'émergence du diabète dans les communautés des Premières Nations serait indissociable des profondes transformations socio-économiques et politiques qui ont marqué les relations entre les sociétés autochtones et non-autochtones (Roy, 2002).

## **2.6 Les facteurs économiques**

Les facteurs économiques sont toutes les activités en lien avec la distribution ainsi que la production des biens de consommation pour les individus (Leininger, 2001a). Un seul élément est ressorti des études recensées en lien avec les facteurs de risque associés au diabète : les Premières Nations doivent maintenant payer pour

s'acheter de la nourriture, contrairement auparavant où ils vivaient principalement de chasse et de pêche (Travers, 1995).

## **2.7 Les facteurs éducationnels**

Leininger (2001a) définit ce dernier facteur comme une référence à tout mode d'apprentissage formel et informel ainsi qu'à l'acquisition des connaissances spécifiques sur différents domaines. Travers (1995) mentionnait, comme facteur de risque associé au diabète, que les différences culturelles n'étaient pas prises en compte pour l'éducation à la santé et la modification du mode de vie.

Les facteurs culturels de la théorie de Leininger constituent un cadre de référence utile pour catégoriser les facteurs identifiés dans les études recensées. Toutefois, tous ces facteurs constituent des facteurs de risque associés au diabète et non pas des facteurs de maintien des comportements de santé. Aucune étude, à notre connaissance, n'a considéré les facteurs culturels qui permettent de maintenir les comportements de santé acquis par des femmes algonquines qui ont développé un diabète gestationnel au cours d'une grossesse. La compréhension de ces facteurs a donc été l'objet de notre étude.

## QUATRIEME CHAPITRE

### MÉTHODE

Cette partie comprend la présentation de la méthode qui a été utilisée pour étudier les facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez des femmes algonquines ayant souffert de diabète gestationnel. Premièrement, nous présenterons le dispositif de recherche choisi. Deuxièmement, nous décrirons les participants et le milieu de l'étude. Troisièmement, nous relaterons le déroulement de l'étude en précisant la façon dont les données ont été recueillies et analysées. Finalement, nous examinons les critères de qualité, les considérations éthiques, les limites et les retombées de l'étude.

#### 1. DISPOSITIF DE RECHERCHE

Cette étude a utilisé l'approche de Leininger, *l'ethnonursing*, francisée par la locution « approche ethnoinfirmière ». On définit l'approche ethnoinfirmière comme une méthode qualitative qui utilise diverses stratégies afin de décrire, de comprendre et d'interpréter la signification des pratiques, des croyances ou des valeurs provenant d'autres cultures (Leininger, 2001a; McFarland 2001; Leininger et McFarland, 2002).



Cette approche permet au chercheur d'étudier la vision du monde des informateurs, les symboles, les expériences de vie comme des phénomènes de soins actuels ou potentiels (Leininger 1990, dans Leininger et McFarland 2002). Ce type de dispositif de recherche qualitative est essentiellement effectué en milieu naturel. De plus, il est ouvert à la découverte et largement inductif (Leininger 1990, dans Leininger et McFarland, 2002). Avec l'approche ethnoinfirmière, le chercheur documente à partir des perspectives émiques et étiques des informateurs en lien avec la problématique. Une perspective émique réfère à la vision locale des personnes vivant avec le phénomène étudié (Leininger et McFarland, 2002). Une perspective étique fait référence à une vision extérieure du phénomène étudié (Leininger et McFarland, 2002).

L'approche ethnographique vise à « mieux comprendre un système culturel du point de vue de ceux qui partagent cette culture » (Aamodt, 1991 dans Fortin, 1996, p. 153). S'apparentant à l'étude ethnographique, l'approche ethnoinfirmière sert à expliquer le mode de vie d'un individu, sa vision culturelle, et ce, en tenant compte de son contexte. Ainsi, avec l'aide du cadre de référence de Leininger et l'approche ethnoinfirmière, le chercheur pourra mieux guider la pratique infirmière et envisager des soins qui soient culturellement congruents auprès de la nation algonquine.

## **2. POPULATION ET INFORMATEURS**

Dans cette partie, nous dresserons un portrait global des deux communautés choisies dans le cadre de cette étude. Aussi, nous exposerons le processus de sélection des informateurs reposant sur l'identification des personnes de la communauté algonquine qui ont vécu l'expérience du diabète de grossesse et qui sont en mesure de s'exprimer sur les facteurs culturels associés à leurs comportements de santé en lien avec le diabète gestationnel.

### **2.1 Les communautés algonquines choisies**

Les origines de l'étudiante chercheuse étaient les principaux déclencheurs de son intérêt pour cette population et la problématique étudiée. Étant métisse d'origine algonquine provenant de la communauté Abitibiwinini (Pikogan) et incitée par des expériences personnelles de diabète au niveau familial, celle-ci possède des connaissances sur la réalité du diabète chez les communautés des Premières Nations, particulièrement chez les Algonquins. Par ailleurs, il existait aussi une motivation professionnelle associée au désir d'offrir des soins culturellement cohérents en procédant à l'analyse des facteurs culturels de cette population (Leininger et McFarland, 2002).

Ainsi, deux communautés algonquines ont été choisies pour la réalisation de cette étude ethnoinfirmière. Il s'agissait des communautés du Lac Simon et de Pikogan (voir Annexe A). Ces deux communautés s'expriment principalement en français, quoique la langue algonquine subsiste toujours. De plus, leur proximité géographique facilitait la réalisation de l'étude, étant donné que le territoire sur lequel réside la population algonquine couvre une grande superficie au Québec, s'étendant de l'Abitibi-Témiscamingue jusqu'en Outaouais.

Pikogan (signifiant « *tipi* » en algonquin) est un village situé à  $\pm 3$  km de la municipalité d'Amos. En octobre 2008, la population totale inscrite était de 885 personnes. Cependant, 278 femmes sur 551 personnes étaient inscrites et résidaient à Pikogan. (AINC, 2008). Selon le profil des communautés de 2006, environ 52 % de la population avait moins de 25 ans (Statistiques Canada, 2009). En 2006, 135 maisons étaient construites à Pikogan (Statistiques Canada, 2009).

Quant au Lac Simon (appelé aussi *Simo Sagigan*), ce village se situe à  $\pm 32$  km au sud-est de la municipalité de Val-d'Or. En octobre 2008, la population totale inscrite était de 1699 personnes. Toutefois, 659 femmes sur 1362 personnes étaient inscrites et résidaient au Lac Simon (AINC, 2008). Selon le profil des communautés de 2006, environ 61 % de la population avait moins de 25 ans (Statistiques Canada,

2009). En 2006, 253 maisons étaient construites au Lac Simon (Statistiques Canada, 2009).

Les mêmes services sont offerts dans les deux communautés algonquines. En effet, il y a une école primaire, une garderie, un centre de santé ayant une entente de transfert avec Santé Canada, un poste de police autochtone, une église, une salle communautaire, un dépanneur, une radio communautaire, une maison des jeunes et plusieurs édifices appartenant à chacun des Conseils de bande respectifs. De plus, au Lac Simon, on trouve une école secondaire, un bureau de poste et un restaurant, tandis que la communauté de Pikogan, dispose d'un aréna.

## **2.2 Sélection des informateurs**

Dans une étude ethnoinfirmière, une attention toute particulière est exigée afin d'obtenir un échantillon représentatif, au sens qualitatif du terme, de la population culturelle étudiée (Leininger, 1985). Leininger (McFarland, 2001), dans la tradition de l'anthropologie, n'utilise pas le mot « sujet » pour désigner les participants : elle emploie plutôt le terme « informateur » (*informant* en anglais) qui traduit une reconnaissance du rôle essentiel des personnes du groupe culturel et de leurs caractéristiques personnelles (Leininger, 1985) en lien avec leurs cultures respectives. Le terme impersonnel de «sujet», couramment utilisé dans les recherches quantitatives (Leininger, 1985), ne semble pas admettre la contribution considérable du groupe culturel participant à l'étude. Leininger (1985; 2001b; Leininger et

McFarland, 2002; 2006) distingue deux types d'informateurs : les informateurs-clés (*key informants*) et les informateurs généraux (*general informants*).

*a) Les informatrices-clés*

Les informateurs-clés connaissent exactement la problématique et le sujet de l'enquête (Leininger, et McFarland, 2006). Dans une étude ethnographique, les informateurs-clés « connaissent leur culture si bien qu'ils n'y pensent plus » (Spradley, 1979, dans Lazure 1993, p. 39). Pour ce qui est du nombre, Leininger propose aux étudiants de maîtrise de faire des « mini études » (*mini study*) qui comprennent de six à huit informateurs-clés (Leininger et McFarland, 2002). Ce type d'étude aide considérablement l'étudiante à prendre confiance et à acquérir les qualifications nécessaires afin qu'elle puisse poursuivre vers une étude de plus grande envergure, qui sera réalisée ultérieurement dans le cadre d'un programme de doctorat (Leininger et McFarland, 2002).

Par conséquent, dans notre étude, sept informatrices-clés ont été recrutées pour les deux communautés algonquines : trois à Pikogan et quatre au Lac Simon<sup>4</sup>. Elles répondaient aux critères suivants :

- Être d'origine algonquine;
- Être âgée de 18 ans et plus
- Avoir reçu un diagnostic de diabète gestationnel, il y a 2 à 10 ans (ce critère permettait de couvrir un grand nombre de femmes algonquines qui ont eu un diagnostic de diabète gestationnel);
- Avoir reçu des services de santé dans la communauté algonquine lors de la grossesse au cours de laquelle le diagnostic de diabète gestationnel a été posé;
- Ne pas allaiter, ni être enceinte (en raison que leurs comportements de santé actuels n'auraient peut-être pas reflété le maintien de comportements, mais de nouveaux comportements).

Avec l'aide d'un questionnaire, nous avons pu documenter certaines données sociodémographiques, soit celles se rapportant surtout aux critères d'inclusion (voir

---

<sup>4</sup> Le recrutement sera décrit dans la sous-section *Les étapes de l'étude*.

Annexe E). On y retrouvait, par exemple, l'âge des participantes, le moment du diagnostic de diabète gestationnel, le nombre d'enfants, etc.

Le segment suivant résume sommairement le profil des sept informatrices-clés. Étant donné que les communautés sont petites, certaines informations (ex. l'occupation) n'ont pas pu être mises en contexte, car les informatrices-clés auraient été facilement identifiables et leur anonymat menacé. Ainsi, l'étudiante-chercheuse leur a attribué un prénom fictif (comparable à ceux des communautés) et a utilisé un code alphabétique. Par conséquent, la première personne interrogée au Lac Simon avait la lettre « A » et portait un prénom débutant par « A » (Ex. Amy) et ainsi de suite jusqu'à « D ». Pour différencier les femmes de Pikogan, l'attribution des noms fictifs a été faite en commençant par la lettre « I » jusqu'à « K ». Le tableau 2, présenté en fin de cette sous-section, résume les données sociodémographiques.

*Du Lac Simon :*

- 1) Amy a 29 ans et mère de six enfants. Elle s'exprime en français et en algonquin. Elle a terminé ses études en Secondaire 3. Elle a eu un diagnostic de diabète de grossesse en 1999, soit sept ans avant notre étude. Depuis, elle est devenue diabétique de type 2. Elle a un indice de masse corporelle de 36, soit une obésité de classe 2.
- 2) Brenda a 34 ans. Elle est mère de six enfants. Elle parle principalement le français. Elle a terminé ses études en Secondaire 2. Elle a eu un diagnostic de

diabète de grossesse, en 2003, soit trois ans avant notre étude. Depuis, elle est devenue diabétique de type 2. Elle a un IMC de 28,3, ce qui correspond à de l'embonpoint.

- 3) Céline a 30 ans et mère de cinq enfants. Elle s'exprime en français. Elle a obtenu un diplôme d'études secondaires et réalisé une session au Cégep. Elle a eu un diagnostic de diabète de grossesse en 2004, soit deux ans avant notre étude. Elle a un indice de masse corporelle (IMC) de 36, soit une obésité de classe 2.
- 4) Diane a 33 ans. Elle est mère de quatre enfants. Elle parle le français et l'algonquin. Elle a terminé ses études en Secondaire 1. Elle a eu un diagnostic de diabète de grossesse, en 2003, soit trois ans avant notre étude. Elle a un IMC de 34,5, soit une obésité de classe 1.

*De Pikogan :*

- 5) Isabelle a 40 ans et mère de quatre enfants. Elle s'exprime en anglais et en français. Elle a obtenu un diplôme d'études professionnelles. Elle a eu un diagnostic de diabète de grossesse en 2003, soit trois ans avant notre étude. Elle a un indice de masse corporelle (IMC) de 33,9, soit une obésité de classe 1.
- 6) Julie a 29 ans. Elle est mère de cinq enfants. Elle parle l'anglais principalement à la maison. Elle a obtenu un diplôme d'études secondaires.



Elle a eu un diagnostic de diabète de grossesse, en 2003, soit trois ans avant notre étude. Elle a un IMC de 36,6, soit une obésité de classe 2.

- 7) Kimberly a 44 ans et mère de cinq enfants. Elle s'exprime en français. Elle a terminé ses études en Secondaire 1. Elle a eu un diagnostic de diabète de grossesse en 2003, soit trois ans avant notre étude. Elle a un indice de masse corporelle (IMC) de 28,9, soit de l'embonpoint.

Tableau 2  
Résumé du profil sociodémographique et sanitaire des femmes algonquines recrutées

Nom	Lieu	Âge	État civil	Langue			Diplôme			Diagnostic d'un diabète gestationnel	Diabète de type 2	IMC <sup>5</sup>	Nombre d'enfants
				Algonquin	Français	Anglais	Secondaire	Collégial	Autres				
Amy	Lac Simon	29 ans	Union de fait	Oui	Oui	Non	3	-	-	1999	Oui	36	6
Brenda	Lac Simon	34 ans	Union de fait	Non	Oui	Non	2	-	-	2003	Oui	28,3	6
Céline	Lac Simon	30 ans	Union de fait	Non	Oui	Non	5	Une session	-	2004	Non	36	5
Diane	Lac Simon	33 ans	Mariée	Oui	Oui	Non	1	-	-	2003	Non	34,4	4
Isabelle	Pikogan	40 ans	Union de fait	Non	Oui	Oui	-	-	DEP	2003	Non	33,9	4
Julie	Pikogan	29 ans	Mariée	Non	Oui	Oui	5	-	-	2003	Non	36,6	5
Kimberly	Pikogan	44 ans	Mariée	Non	Oui	Non	1	-	-	2003	Non	28,9	5

<sup>5</sup> Voir la page 18 pour la classification du risque pour la santé en fonction de l'IMC

*b) Les informateurs généraux*

Les informateurs généraux constituent le deuxième type d'informateurs dans une étude ethnoinfirmière. Ils ont une idée plus générale de la problématique (Leininger et McFarland, 2006). Toutefois, ils peuvent aussi offrir leur propre vision du savoirémique ou étique (McFarland, 2001) du groupe culturel. Ainsi, de façon ponctuelle, ils agissent comme des personnes-ressources lors des expériences d'observation participante (Lazure, 1993). Aussi, à la demande du chercheur, par exemple, les informateurs généraux peuvent réfléchir sur la façon dont leurs idées sont similaires ou différentes des informations recueillies chez les informateurs-clés (Leininger et McFarland, 2006).

Dans notre étude, les informateurs généraux ont eu un engagement qui variait dans l'étude tout en respectant l'approche méthodologique de Leininger. Certains ont contribué au recrutement des informatrices-clés : une infirmière et une nutritionniste pour le Lac Simon et l'infirmière responsable du dossier « diabète » pour Pikogan. Ils ont aussi commenté, approfondi et validé certains thèmes qui ont émergé des entrevues individuelles faites auprès des informatrices-clés ou des observations faites sur le terrain dans les deux communautés algonquines. Pour d'autres (ex. infirmières, nutritionnistes, différents intervenants œuvrant dans le domaine de la santé dans les deux centres), leur participation consistait principalement à fournir une information

générale et supplémentaire traitant de la population algonquine. En tout, huit personnes ont été consultées, plus ou moins informellement, à titre d'informateurs généraux. Le tableau 3 dresse le portrait des informateurs généraux.

Tableau 3  
Description des informateurs généraux

Nom de l'informateur général	Lieu	Fonction	Travaille au Centre de santé depuis	Origine ethnique	Type d'entrevue
A	Lac Simon	Nutritionniste	2001	Québécoise	Formelle
B	Lac Simon	Infirmière (Responsable des soins infirmiers depuis 2006)	1998	Algonquine	Formelle
C	Pikogan	Infirmière	2002	Québécoise	Formelle
D	Lac Simon	Infirmière	2005	Québécoise et Crie	Informelle
E	Lac Simon	Infirmière	2005	Québécoise	Informelle
F	Lac Simon	Hygiéniste dentaire	2004	Québécoise	Informelle
G	Lac Simon	Travailleur social	2001	Québécois	Informelle
H	Pikogan	Infirmier auxiliaire	2006	Québécois	Informelle

Les informateurs-clés et généraux deviennent une source importante pour les chercheurs en sciences infirmières, car ils fournissent des renseignements concernant le mode de vie de la population étudiée, sur les soins culturels, sur le bien-être et la santé en lien avec différents facteurs culturels (Leininger, 2001b). Respectant la méthodologie ethnoinfirmière de Leininger, sept femmes algonquines ont participé comme informatrices-clés et huit intervenants ont agi comme informateurs généraux.

### 3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Dans cette section, nous traiterons du déroulement de notre étude en rappelant les facteurs culturels proposés par Leininger dans le modèle *Sunrise*, en précisant les outils de collecte de données ainsi que la méthode d'analyse des données. Nous terminerons cette sous-section par l'explication des étapes de l'étude.

#### 3.1 Les facteurs culturels

Leininger suggère d'analyser les influences potentielles qui expliquent différents phénomènes de soins chez un groupe donné (Leininger et McFarland, 2002). Ces influences sont étudiées, dans une étude ethnoinfirmière, à l'aide des facteurs culturels proposés dans le modèle *Sunrise* de Leininger (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002; 2006), soit les facteurs technologiques, religieux,

philosophiques, familiaux, sociaux, politiques, légaux, économiques, éducationnels, le mode de vie et les valeurs culturelles. Ils ont été définis dans la section sur le cadre de référence et ont été mis en lien avec le maintien des comportements de santé.

### **3.2 Les outils de collecte de données**

Le choix des outils de collecte de données est déterminant. D'après Fortin (2006), une flexibilité au niveau de la méthode de collecte de données encourage la découverte de nouveaux phénomènes et permet l'approfondissement de phénomènes déjà observés. Néanmoins, Leininger (1997, dans McFarland, 2001) spécifie les principaux outils utilisés dans les études quantitatives empêchent l'expression naturelle de propos ou d'idées par les informateurs. Ainsi, dans notre étude, nous avons donc plutôt privilégié, pour décrire les facteurs culturels, des outils comme l'observation participante, le journal de bord ainsi que l'entrevue semi-dirigée qui seront détaillés au cours de cette section.

#### *a) L'observation participante*

En recherche qualitative, l'observation est un moyen important d'investigation pour recueillir des données (Fortin, 2006). Comme le propose Leininger (1985), il

s'avère important d'effectuer des observations auprès des communautés pressenties. Leininger (Leininger et McFarland, 2002) propose d'utiliser un outil de facilitation, à savoir *The Observation-Participation-Reflection Enabler* (voir Annexe F) qui permet au chercheur d'avoir une approche plus facilitante avec les informateurs dans leurs contextes culturels, et ce, grâce à des étapes préétablies.

Ainsi, comme le propose Leininger (1985), une immersion culturelle, c'est-à-dire un séjour prolongé auprès de deux communautés algonquines, a été effectuée en mars et avril 2006. Par exemple, elle a observé ou participé à des activités entreprises par les intervenants de la santé du Lac Simon et de Pikogan comme prendre part aux cuisines collectives pour la population en général, des dîners communautaires, etc. Toutefois, l'étudiante-chercheuse a dû intensifier son immersion dans la communauté du Lac Simon étant donné que son environnement et ses habitants lui étaient peu familiers. Par exemple, elle a visité certains lieux publics de la communauté du Lac Simon comme la salle communautaire, l'école primaire Amikobi, etc.

#### *b) Le journal de bord*

Leininger (1991 dans McFarland, 2001) suggère l'utilisation d'un journal de bord afin d'inscrire les données obtenues durant une étude avec une approche



ethnoinfirmière. Le journal de bord offre au chercheur un moyen d'enregistrer des données, sous formes condensées et soutenues tout en focalisant sur la théorie de Leininger et les composantes de *Sunrise*, essentiel en recherche ethnoinfirmière (Leininger, 2001b). Également, le journal de bord permet de mettre en lumière la position du chercheur tout en favorisant des questionnements sur le contenu des entrevues (Charest, 1994). En ce sens, il acquiert une fonction de réflexivité qui permet de décrire sa compréhension, puis mieux comprendre grâce à l'expression de cette compréhension (Charest, 1994). L'étudiante-chercheuse a donc utilisé un journal de bord afin d'y consigner toutes les informations utiles pour comprendre le phénomène étudié chez les femmes algonquines, comme certains facteurs sociaux ou familiaux, par exemple. Ainsi, elle a pu noter des informations personnelles ou professionnelles sur les comportements des gens et des professionnels de la santé lors de certaines activités réalisées au cours de l'immersion culturelle (Ex. visites à domicile, vaccination, dîners communautaires).

### *c) Les entrevues semi-dirigées*

D'après Fortin (2006), ce mode de collecte de données, principalement utilisé en recherche qualitative, permet au chercheur d'obtenir des informations particulières sur un thème précis. Savoie-Zajc (2000, dans Fortin 2006) précise la définition de l'entrevue semi-dirigée ainsi :

[...] une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le flux de l'entrevue dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant, permettant ainsi de dégager une compréhension riche du phénomène à l'étude (P. 266) (Savoie-Zajc 2000, dans Fortin, 2006, p. 305)

Nos entrevues ont été semi-dirigées et réalisées à l'aide d'un guide d'entrevue (voir Annexe G) qui s'inspire du modèle *Sunrise* de Leininger (2001a; 2001b; Leininger et McFarland, 2002; 2006) et de l'étude de Taylor *et al.* (2004) qui s'est intéressée aux perceptions culturelles sur la santé et sur le diabète : les questions ont été adaptées pour le maintien des comportements de santé après le diagnostic de diabète de grossesse. L'entrevue débutait avec des questions ouvertes et générales reliées aux facteurs culturels énoncés dans le modèle du *Sunrise* de Leininger (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002; 2006). Des sous-questions pouvaient être utilisées, si nécessaire, pour aider les participantes à exprimer leur expérience.

Il est à noter que toutes les entrevues, d'une durée moyenne de 47 minutes, ont été enregistrées afin d'en permettre l'analyse. À leur demande, les femmes algonquines se sont présentées principalement au Centre de santé afin qu'elles puissent pleinement répondre aux questions sans être dérangées par diverses distractions (Ex. enfants, télévision, téléphone, etc.). Seulement une femme a préféré son milieu de travail pour faire l'entrevue individuelle.

### 3.3 Analyse des données

Leininger (1997, dans 2001a) a développé quatre phases pour l'analyse des données dans une étude ethnoinfirmière. La première phase se nomme « collecte, description et documentation des données brutes » et consiste à collecter, décrire, enregistrer et commencer à analyser les données en relation avec la question de recherche (Leininger, 1991 dans 2001a). Donc, pour cette première phase, l'étudiante-chercheuse a décrit toutes les observations personnelles réalisées lors de son immersion culturelle, et ce, grâce à son journal de bord. Par ailleurs, les entrevues individuelles réalisées auprès des sept femmes algonquines ont alimenté directement cette phase.

La deuxième phase, celle de l'identification et de la catégorisation des descripteurs et composantes, consiste à étudier les données pour trouver des similitudes et des différences qui peuvent être codées en fonction de la question de recherche (Leininger, 1991 dans 2001a). Les données peuvent être classées selon leur origine *émique* ou *étique* et selon leurs significations contextuelles (Leininger, 1991, dans 2001a). Lors de cette deuxième phase, une analyse verticale par femme algonquine a été réalisée afin de faire ressortir tous les facteurs culturels à partir du verbatim de chaque entrevue.

La troisième phase est celle de l'analyse des patterns et du contexte. Dans cette partie, les données ont été scrutées afin de vérifier s'il y a atteinte au niveau de la saturation théorique, de découvrir toute forme de patterns récurrents selon leurs significations contextuelles, leurs formes d'expressions, leurs interprétations ou leurs explications en lien avec le domaine d'étude ou la question de recherche (Leininger, 1991, dans 2001a). À cette étape, une analyse horizontale a été faite par facteurs culturels. Ainsi, à partir du verbatim des sept femmes, un regroupement de réponses similaires correspondant à un facteur culturel du modèle de Leininger a été réalisé afin de produire un résumé final.

La dernière phase est nommée par Leininger (1991, dans 2001a) : Thèmes majeurs, résultats, formulations théoriques et recommandations. Il s'agit d'un niveau supérieur de l'analyse, de la synthèse et de l'interprétation des données (Leininger, 1991, dans 2001a). Cette phase exige « un esprit de synthèse et une analyse créative des données découlant des phases précédentes » (Lazure, 1993, p. 56). La tâche principale du chercheur est de relater les thèmes majeurs et les conclusions tirées de sa recherche, de formuler des recommandations ou, voire même, des formulations théoriques (Leininger, 1991, dans 2001a). Ainsi, les résultats sont exprimés en thèmes et sous-thèmes qui ont émergé des résumés et qui guideront par la suite des recommandations pour la pratique et pour la recherche. Le tableau 4 présente une synthèse des quatre phases de l'analyse des données faite par l'étudiante-chercheuse lors de son étude ethnoinfirmière.

Tableau 4  
Analyse des données selon les phases de Leininger (1997 dans 2001a)<sup>6</sup>

Quatrième phase
Thèmes majeurs, résultats, formulations théoriques et recommandations.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Thèmes et sous-thèmes</li> <li>Recommandations pour la pratique et pour la recherche</li> </ul>
Troisième phase
Analyse des patterns et du contexte
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse horizontale faite par facteurs culturels</li> <li>Regroupement de réponses similaires correspondant à un facteur culturel du modèle de Leininger</li> <li>Production d'un résumé final</li> </ul>
Deuxième phase
Identification et catégorisation des descripteurs et composantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse verticale par femme algonquine réalisée pour faire ressortir les facteurs culturels à partir du verbatim de chaque entrevue</li> </ul>
Première phase
Collecte, description et documentation des données brutes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Descriptions des observations personnelles réalisées de l'immersion culturelle</li> <li>Rédaction du journal de bord.</li> <li>Entrevues individuelles réalisées auprès des sept femmes algonquines.</li> </ul>

<sup>6</sup> Cette présentation des phases de l'analyse des données est une réplique de la présentation graphique illustrée dans Leininger (1991 dans 2001a).

### 3.4 Les étapes de l'étude

Avant d'entreprendre le recueil des données, une revue systématique des écrits a été faite pour distinguer certains facteurs culturels propres aux communautés des Premières Nations, en lien avec le diabète, principalement avec le diabète gestationnel. De plus, le modèle *Sunrise* de Leininger a servi de cadre de référence pour classer ces écrits et pour préparer les outils de collecte de données. Parallèlement, l'étudiante-chercheuse a participé à certaines formations ou colloques qui lui ont permis de renforcer ses connaissances sur le diabète ou sur les Premières Nations.

En ce qui concerne le déroulement de l'étude sur le terrain, l'étudiante-chercheuse a demandé la collaboration d'une infirmière et de la nutritionniste du Lac Simon ainsi qu'une infirmière à Pikogan. Ces dernières ont vérifié auprès des femmes algonquines si elles souhaitaient participer à l'étude et si elles acceptaient que l'étudiante-chercheuse communique avec elles. Si la réponse était positive, cette dernière vérifiait les critères d'inclusion, leur expliquait la recherche, obtenait leur consentement éclairé et procédait à la collecte de données. Finalement, l'étudiante-chercheuse leur a attribué un prénom fictif (similaire à ceux des communautés) afin préserver leur identité, en utilisant un code alphabétique, tel qu'énoncé précédemment.

Après les entrevues, l'étudiante-chercheuse ou une secrétaire a effectué la transcription des verbatims sur traitement de texte. Avec l'aide de la directrice de recherche, l'étudiante-chercheuse a produit un résumé de chaque verbatim. L'étudiante-chercheuse est ensuite retournée auprès des informatrices-clés et des informateurs généraux pour valider le résumé du verbatim. Par la suite, la directrice de recherche et l'étudiante-chercheuse ont procédé à la compilation et l'analyse des résumés obtenus. Les résultats ont été présentés, d'une part, auprès de la communauté universitaire, et seront présentés, d'autre part, auprès des membres de la communauté du Lac Simon et de Pikogan lors du dépôt final du mémoire de maîtrise de l'étudiante-chercheuse. Finalement, il est prévu qu'un article soit soumis dans une revue accessible aux professionnels de la santé qui œuvrent auprès de cette communauté dans l'espoir que les résultats de cette étude soient pris en compte dans leur pratique.

#### 4. CRITÈRES DE QUALITÉ

Puisque le but d'une étude ethnoinfirmière est de découvrir la nature, l'essence, la signification, les caractéristiques et les compréhensions en lien avec le phénomène étudié, l'utilisation de critères de qualité spécifiques à ce type d'étude s'avère impérative (Leininger, 2001b). Leininger (Leininger et McFarland, 2002; 2006) en relate six : la crédibilité, la confirmation, la signification dans le contexte, les patterns récurrents, la saturation et la transférabilité.

Tout d'abord, la crédibilité renvoie à l'exactitude, la justesse et la véracité des renseignements et des résultats obtenus correspondant à la réalité des informateurs dans leur environnement culturel (Leininger et McFarland, 2002; 2006). Ainsi, dans notre étude, les propos des femmes algonquines ont été transcrits textuellement après les entrevues. L'analyse du verbatim intégral a été réalisée mot à mot et a fait l'objet d'une entente avec la directrice de recherche pour le choix final du résumé du verbatim. Par conséquent, nous avons pu rester très près des données et en conserver l'authenticité.

Deuxièmement, la confirmation, quant à elle, se rapporte à l'approbation de la population étudiée des données obtenues et des conclusions tirées, et ce, après avoir entendu les discours, réalisé des observations et vécu des situations particulières (Leininger et McFarland, 2002). Dans notre étude, une relecture du résumé du verbatim a été faite avec les informatrices-clés et ces dernières ont confirmé les résumés d'entrevues. Également, nous avons procédé à un retour auprès des informateurs généraux sur l'analyse du contenu des entrevues et les commentaires régulièrement entendus.

Pour la signification dans le contexte, le troisième critère, Faille (2002) traduit précisément les propos de Leininger (Leininger et McFarland, 2002; 2006) par « le caractère révélateur, in situ, des données où la compréhension du phénomène étudié



découle de la quête du sens attribué à celui-ci par les personnes appartenant à un contexte particulier » (Faille, 2002, p. 48). En ce sens, l'étudiante-chercheuse a procédé à une description riche et dense du contexte grâce au journal de bord. Ainsi, les résultats ou les données ont été mieux situés dans le contexte ou dans la situation exposée.

Quatrièmement, il y a les patterns récurrents. Ceux-ci se rapportent à l'examen approfondi pour découvrir s'il y a répétitions de thématiques, de patterns, de comportements reflétant une tendance (Leininger et McFarland, 2002), d'exemples répétitifs ou d'événements se produisant dans une certaine période de temps (Leininger, 2001b). Dans notre étude, une analyse conjointe des résumés par la directrice de recherche et l'étudiante-chercheuse a été faite de façon horizontale afin de vérifier si les données obtenues et du verbatim pouvaient présenter ces patterns. Ces patterns ont été classés en fonction des facteurs culturels proposés dans le modèle *Sunrise*.

La saturation, le cinquième critère, est atteinte lorsque les informations, données et résultats ont été divulgués par les informateurs (Leininger et McFarland, 2002) et n'ajoutent plus rien à la compréhension de la question de recherche (Faille, 2002). Ce critère démontre que le chercheur a effectué une recherche approfondie du phénomène étudié (Leininger, 2001b). De ce fait, dans notre étude ethnoinfirmière,

les résumés et les résultats ont été commentés par les informatrices-clés et les informateurs généraux. Aucun élément supplémentaire n'a été ajouté pour décrire les facteurs culturels qui pourraient contribuer au maintien des comportements de santé chez des femmes algonquines ayant reçu un diagnostic de diabète gestationnel, sans toutefois conclure à la saturation théorique.

Finalement, le dernier critère est la transférabilité. L'application des résultats et des conclusions obtenus au cours de cette étude ethnoinfirmière est transférable à d'autres contextes, situations ou cultures similaires (Leininger et McFarland, 2002; 2006). Par exemple, à la fin de l'étude, nous allons présenter les résultats auprès des intervenants de la santé de la communauté algonquine du Lac Rapide afin de voir si les résultats obtenus sont applicables dans leur communauté respective. Par ailleurs, la transférabilité des résultats de cette étude a été facilitée par la description dense et riche du contexte et la diffusion des résultats obtenus.

Leininger (1991b, 1995, dans McFarland, 2001) soutient qu'il est impératif d'utiliser ces critères de qualité afin de réaliser une étude qualitative rigoureuse. Au cours de notre recherche, nous avons tenté de respecter les critères de crédibilité, confirmation, signification dans le contexte, patterns récurrents, saturation et transférabilité.

## 5. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Pour les considérations éthiques, nous traiterons de deux points, soit 1) la préparation de ce projet d'étude et 2) les droits des participantes à cette étude.

Avant sa mise en œuvre, ce projet d'étude a été soumis et accepté au comité du Centre de recherche clinique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke étant donné qu'il est mené auprès de sujets humains. De plus, il a été présenté aux infirmières responsables des deux centres de santé pour obtenir leur participation (voir Annexe H et I) et approuvées par les deux directrices des centres de santé relevant du Conseil de bande Abitibiwinini (Pikogan) et du Lac Simon (voir Annexe J et K), comme recommandé dans l'Énoncé de politique des Trois Conseils (1998). Par ailleurs, étant donné que l'origine ethnique de l'étudiante-chercheuse, nous croyons que leur culture, leurs traditions et leurs connaissances ont été respectées comme souhaité par l'Énoncé de politique des Trois Conseils (1998), et ce, dans le souci d'adapter le processus de recherche à la réalité culturelle des femmes algonquines.

De plus, reflétant les prémisses du Code de Nuremberg tel qu'exposées dans Doucet (2002), nous croyons que les droits des participantes ont été respectés. Tout d'abord, les informatrices-clés ont accepté d'être contactées par l'étudiante-chercheuse en raison de l'approche faite, au préalable, par les informateurs généraux

responsables du recrutement. Par la suite, nous avons expliqué en quoi consistaient l'étude et la participation. Par ailleurs, les informatrices-clés ont été informées que les entrevues seraient enregistrées et que leurs propos seraient codifiés afin de préserver leur identité. Les enregistrements ont été consignés sous clef chez l'étudiante-chercheuse et les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude. Seule l'étudiante-chercheuse connaît l'identité véritable des personnes interviewées. À la lumière de ces précisions, l'étudiante-chercheuse a pu obtenir le consentement, et ce, de façon volontaire auprès des sept femmes algonquines. Finalement, nous avons demandé à toutes les participantes de l'étude de signer un formulaire de consentement écrit.

De plus, si une participante avait voulu se retirer avant la fin de l'étude, elle aurait pu le faire sans aucun préjudice, ce qui va dans le même sens du Code de Nuremberg tel qu'exposé dans Doucet (2002). Ainsi, lors des deux rencontres (l'entrevue et la validation des résumés des verbatims), elles pouvaient se retirer à tout moment. Dans notre étude, aucune femme algonquine ne s'est prévaluée de cette option.

Il pouvait exister un risque minimal à participer à cette étude. Or, les participantes étaient invitées à participer à une recherche dont la démarche scientifique était rigoureuse. Cette condition rejoint les prémisses proposées par le Code de Nuremberg (Doucet, 2002).

Également, nous avons tenté d'éviter toutes souffrances ou dommages qui étaient non nécessaires pour la participation à cette étude ethnoinfirmière, tel qu'exigé par le Code de Nuremberg (Doucet, 2002). Dans cette optique, à la suite des entrevues, nous avons recommandé et spécifié dans le formulaire de consentement, que les personnes interrogées pouvaient aller consulter les services professionnels du centre de santé ou d'un organisme de leur choix si elles en sentaient le besoin. Lors des séjours de l'étudiante-chercheuse dans ces deux communautés, les informatrices-clés n'ont pas mentionné avoir eu recours à cette recommandation.

Le projet de recherche devait passer par des étapes importantes avant d'être accepté, soit l'acceptation du protocole de recherche par le comité d'éthique ainsi que par les représentants des communautés. Dans cette démarche, nous croyons que les droits des participantes ont été respectés.

## 6. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

Dans cette section, nous traiterons des limites et des forces de l'étude. Ces limites et forces sont exprimées dans un contexte de mémoire de maîtrise.

## 6.1 Limites possibles de l'étude

L'étudiante-chercheuse a identifié quatre limites possibles à cette étude. Tout d'abord, cette étude présente, comme résultats, des thèmes et des sous-thèmes tels que nommés par des femmes algonquines de deux communautés. Il s'agit donc principalement d'une perspective émique même si les informateurs généraux (d'origine algonquine ou non) ont généralement appuyé les thèmes et sous-thèmes formulés. Toutefois, ces thèmes peuvent ne pas s'appliquer à des femmes algonquines qui vivent dans des communautés urbaines comme Val-d'Or, Montréal, etc. Cependant, la grande majorité des femmes algonquines habitent dans les neuf communautés du Québec présentées antérieurement. De plus, les communautés du Lac Simon et de Pikogan représentent, à elles seules, près du quart de la population algonquine totale du Québec (Secrétariat des affaires autochtones, 2004). Par ailleurs, les moyens pris pour assurer la transférabilité et la signification dans le contexte permettent de nuancer cette limite.

De plus, l'étudiante-chercheuse aurait pu omettre certaines notions reliées de la culture algonquine en raison de ses origines ethniques. En effet, la familiarité de l'étudiante-chercheuse avec certains facteurs culturels aurait pu nuire à leur reconnaissance. Cependant, grâce à ses informateurs généraux et certains experts dans le domaine du diabète auprès des Premières Nations, souvent allochtones, l'étudiante-chercheuse a pu mieux distinguer certains aspects qui auraient pu être

omis dans sa recherche. Par ailleurs, la directrice de recherche n'étant pas une membre d'une Première Nation a pu l'aider à saisir les nuances conceptuelles.

Puisque les entrevues semi-dirigées constituent une stratégie importante de collecte de données de cette étude, il est possible que les propos recueillis soient empreints d'une certaine forme de désirabilité sociale. Selon Collins, Shattell et Thomas (2005), la désirabilité sociale se produit lorsque des participants d'une étude ont tendance à déformer leurs opinions personnelles afin de répondre aux normes sociales en vigueur. Elle se manifeste principalement dans des enquêtes utilisant des questionnaires (Collins *et al.*, 2005). Toutefois, dans l'étude de Richards et Emslie (2000), les participants à une entrevue de groupe ont réagi différemment avec une intervieweuse qui s'était présentée comme chercheuse (elle était sociologue) qu'avec une intervieweuse qui était médecin et qui avait précisé sa profession en début d'entrevue. Avec la première, les participants ont exprimé plus de propos négatifs sur les médecins et moins de déférence. Les participantes à notre étude peuvent s'être exprimées avec plus de réserve puisque l'étudiante-chercheuse est infirmière. En recherche quantitative, une des façons de réduire cette désirabilité sociale est d'assurer l'anonymat aux participants de l'étude (Collins *et al.*, 2005). En recherche qualitative, il faut en plus bien clarifier les rôles et décrire les différences de statut entre l'intervieweuse et les participants pour aider le lecteur à saisir le contexte dans lequel les propos des participants ont été exprimés (Hewitt, 2007). Dans notre étude, nous avons préservé l'identité des participantes, en leur attribuant un prénom fictif

(similaire à ceux des communautés) et en codant leurs propos. Nous avons aussi expliqué notre rôle d'étudiante-chercheuse. Le lecteur doit prendre en compte que l'étudiante-chercheuse est une infirmière qui posait des questions sur le maintien des comportements de santé.

Finalement, cette étude est exploratoire et se limite à la compréhension des facteurs culturels qui maintiennent les comportements de santé de femmes algonquines qui ont vécu un diabète gestationnel. Elle n'a pas l'ambition de traiter des facteurs culturels qui influencent les comportements de santé, ni d'évaluer ces comportements. Cette étude s'appuie sur une approche méthodologique rigoureuse qui a ciblé un phénomène qui s'insère dans un contexte plus vaste que d'autres études devront chercher à cerner.

## **6.2 Forces de l'étude**

Les principales forces de cette étude concernent le respect de l'approche ethnoinfirmière de Leininger ainsi que l'utilisation du cadre de référence qui lui est liée. Cette démarche assure une rigueur et une cohérence à l'étude.



En conclusion du chapitre de la méthode, cette étude qualitative avec une approche ethnoinfirmière pourra permettre de considérer, dans les services qui leur sont offerts, les facteurs culturels qui ont une influence à long terme sur le maintien des comportements de santé des femmes algonquines qui ont souffert d'un diabète gestationnel au cours de leur vie. Par conséquent, les intervenants pourront avoir des pistes pour agir précocement dans la prévention du diabète de type 2 auprès de la population algonquine et, ainsi, améliorer leur santé.

## **CINQUIÈME CHAPITRE**

### **RÉSULTATS**

Ce chapitre décrit les résultats obtenus au cours de cette étude ethnoinfirmière auprès de femmes algonquines qui ont eu un diagnostic de diabète gestationnel. Ainsi, nous examinerons les thèmes et sous-thèmes reliés aux facteurs culturels (Leininger et McFarland, 2002; 2006) favorisant le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse selon une perspective éémique, c'est-à-dire selon la perspective de femmes algonquines. Dans un premier temps, ces facteurs seront présentés sous forme de thèmes, en ordre de leur importance accordée par les femmes algonquines interviewées. Dans un second temps, nous avons ressorti des thèmes concernant d'autres facteurs culturels qui auraient le potentiel de favoriser le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse, mais qui ne sont pas clairement exprimés par les informatrices-clés. Tous les thèmes sont appuyés par des verbatims qui illustrent le mieux les propos des participantes. Finalement, ces facteurs sont synthétisés en mettant l'accent sur les principaux thèmes.

## 1. FACTEURS CULTURELS FAVORISANT LE MAINTIEN DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ APRÈS UN DIABÈTE GESTATIONNEL

Les facteurs culturels favorisant le maintien des comportements de santé après un diabète gestationnel sont présentés sous forme de thèmes, en ordre de leur importance accordée par les femmes algonquines interviewées. Ce sont les facteurs culturels suivants : 1) les facteurs familiaux et sociaux, 2) le mode de vie et les valeurs culturelles, 3) les facteurs éducationnels, 4) les facteurs économiques et 5) les facteurs technologiques.

### 1.1 Facteurs familiaux et sociaux

Lors de l'analyse des données, nous avons pu ressortir un thème et quatre sous-thèmes reliés aux facteurs familiaux et sociaux qui contribuent au maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse. Le thème se formule ainsi : la famille et les liens sociaux comme motivation et soutien pour le maintien des comportements de santé. Les sous-thèmes sont : 1) la préoccupation de la santé des enfants, 2) le soutien de l'entourage et de la communauté, 3) l'expérience des membres de la famille et 4) le goût d'être ensemble.

### 1.1.1 *La préoccupation de la santé des enfants*

Parmi les facteurs familiaux et sociaux qui contribuent au maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse, un sous-thème ressort en tête de liste : les femmes algonquines se disent très préoccupées pour la santé de leurs enfants. Il revient fréquemment lors des entrevues individuelles et constitue une inquiétude quotidienne, quasi permanente. Une femme de Pikogan en témoigne :

*Oui, j'ai gardé ma manière de comment je mangeais. J'ai gardé ça surtout concernant moi puis ma fille. Je ne veux pas qu'elle ait du diabète d'adolescence, elle non plus. Elle a un surplus de poids, puis je ne veux pas ça pour elle. Fait que j'ai gardé ça ... mais plus pour moi ... puis elle aussi (Julie, ligne 528)*

### 1.1.2 *Soutien de l'entourage et de la communauté*

Dans les facteurs familiaux et sociaux qui facilitent le maintien des comportements de santé, le deuxième sous-thème, en importance, traite du soutien de l'entourage et de la communauté. Il peut être vécu de différentes façons, par exemple, par des encouragements des proches qui se rendent compte de changements : « *Tout le monde me dit que ça paraît que tu es en train de perdre du poids. Puis ça aide aussi quand quelqu'un te dit ça* » (Julie, ligne 840).

Faire un régime avec un membre de sa famille peut aussi agir comme une motivation importante pour la femme algonquine : « *Oui, oui, en même temps, on essayait de faire une sorte de régime de ce qu'on pourrait manger, moi puis elle, pour soutenir notre diabète* » (Julie, ligne 359).

D'après les informatrices-clés, la communauté algonquine peut soutenir certaines activités physiques, principalement la pratique de la marche en lui accordant une valeur positive : « *Bien, je pense que ça commence à être bien vu [...]* » (Kimberly, ligne 939).

Lors des entrevues individuelles, une femme algonquine avait déclaré que ses amis l'influençaient sur certains comportements de santé. Or, lors de la revalidation des résumés d'entrevues, six femmes sur les sept ont affirmé que l'influence des amis n'était pas un facteur qui pouvait contribuer à maintenir les comportements de santé.

### 1.1.3 *Expériences des membres de la famille*

L'expérience des membres de la famille est le troisième sous-thème dans les facteurs familiaux et sociaux qui contribuent au maintien des comportements de santé. En effet, le savoir personnel des proches de la femme algonquine peut guider

certaines actions et, ainsi, encourager à maintenir des comportements. Une femme algonquine de Pikogan résume bien la façon dont ce savoir est transmis :

*Elle (sa sœur) me disait : « ça, il y a trop de sucre. Dans ça, il y a ça. Combien de calories, il y a dans un repas, si tu vas au restaurant ? ». Parce que ma sœur fait du diabète. C'est ça qui m'a aidée beaucoup aussi (Kimberly, ligne 378).*

Également, l'espoir de ne pas connaître les mêmes complications vécues par certains proches a une grande influence pour le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse : « *Je ne peux pas avoir des complications déjà dans 5 ans ... Mon père a fait de la dialyse, puis ma mère s'est faite amputée* » (Amy, ligne 45).

#### 1.1.4 Goût d'être ensemble

Un quatrième sous-thème, le goût d'être ensemble, est ressorti en lien avec les facteurs familiaux et sociaux qui maintiennent les comportements de santé selon les femmes algonquines ayant souffert d'un diabète de grossesse. En effet, les informatrices-clés ont exprimé le désir d'être ensemble, de se rassembler et de vivre certaines choses collectivement. La marche est un bon exemple qui leur permet de socialiser tout en pratiquant une activité physique : « *J'y vais avec une amie. On parle, on jase en marchant ... des fois avec mon chum* » (Kimberly, ligne 947).

Lors de son séjour, l'étudiante-chercheuse a vu certaines activités offertes par Centre de santé afin de promouvoir la santé. Par exemple, le Centre de santé du Lac Simon a offert un déjeuner pour la Journée internationale des femmes. Cette activité permettait de socialiser tout en recevant un enseignement sur la nutrition lors du déjeuner.

Les quatre sous-thèmes réunis mettent en évidence l'importance de la famille et des liens sociaux comme motivation et soutien pour le maintien des comportements de santé après avoir reçu un diagnostic de diabète gestationnel. La famille, pour les femmes interviewées, comprend autant la génération qui les précède que la génération qui les suit, souvent de sexe féminin. Les liens sociaux sont tissés par le goût d'être ensemble et de partager des activités. Ils sont moins importants avec les amis.

## **1.2 Mode de vie et valeurs culturelles**

Dans cette partie, nous traiterons d'un grand thème et de quatre sous-thèmes qui émergent en lien avec les valeurs culturelles ainsi que le mode de vie et qui contribuent au maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse. Ce thème se formule comme la possibilité d'adopter de nouveaux comportements de santé en conservant ses valeurs culturelles. Les informatrices-clés ont, en effet,

souligné l'importance de pouvoir adopter de nouveaux comportements de santé en conservant leurs valeurs culturelles. Ce facteur culturel rejoint quatre sous-thèmes : 1) l'adaptation de l'alimentation traditionnelle, 2) la modification de l'alimentation, 3) la pratique de la marche et 4) la synergie entre l'alimentation et la marche.

### *1.2.1 Adaptation de l'alimentation traditionnelle*

Selon les femmes algonquines, une adaptation de l'alimentation traditionnelle peut contribuer à maintenir les comportements de santé. Tout d'abord, la méthode de cuisson de certains aliments traditionnels, par exemple au four plutôt que dans la friture, pourrait aider à prévenir un diabète. De plus, l'utilisation de moins de matières grasses dans la préparation des aliments pourrait aussi aider à rester en santé. Les informatrices-clés ont mentionné que certaines viandes sauvages (par exemple, l'orignal) sont beaucoup moins grasses que d'autres (exemple, le castor), donc un meilleur choix santé.

Également, les informatrices-clés ont manifesté le désir d'avoir accès à un livre de recettes incluant des mets traditionnels, principalement pour les personnes diabétiques. À leur avis, ce genre de livres pourrait faciliter grandement la prise en charge du diabète par les membres des Premières Nations qui en souffrent, tout en valorisant le respect de leurs valeurs traditionnelles. Nos observations vont dans le



même sens, car deux centres de santé organisaient des dîners communautaires qui offraient des recettes et dégustations de mets traditionnels adaptés, comme la *banik* (pain traditionnel selon les femmes algonquines) préparée avec la farine de blé entier.

### 1.2.2 *Modification de l'alimentation*

Les informatrices-clés ont modifié leur alimentation à la suite du diagnostic de diabète de grossesse. Dans leur verbatim, elles définissaient ce qu'était, pour elles, une alimentation équilibrée qui reflétait les objectifs du guide alimentaire canadien. Ainsi, elles ont ajouté des fruits, des légumes et des produits céréaliers à grains entiers à leurs repas. Elles consomment aussi davantage d'aliments faibles en gras et en glucides. Ces modifications constituent des ajouts et non pas le retrait d'aliments traditionnels.

### 1.2.3 *Pratique de la marche*

La pratique de la marche est une habitude de vie qui est mentionnée très souvent lors des entrevues. Pour les informatrices-clés, elle offre beaucoup d'avantages : elle redonne de l'énergie et elle permet de relaxer : « *Marcher? Oui, ça (la marche) m'aide aussi avec le stress à cause je travaille puis j'ai 5 enfants en bas de 10 ans à la maison* » (Julie, ligne 746).

Par ailleurs, la pratique de la marche peut être compatible avec les valeurs de la vie familiale. En effet, on peut marcher avec les enfants. De plus, avec le mode de vie actuel des femmes algonquines, le fait de n'avoir pas d'automobile ou de travailler à l'extérieur de la maison incite grandement à marcher.

#### *1.2.4 Synergie entre l'alimentation et la marche*

Il existe une synergie entre l'alimentation et la marche. Cette synergie est une notion importante pour le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse. Selon les femmes algonquines, si une bonne alimentation devient un comportement de santé à adopter, la pratique de la marche deviendra, elle aussi, un incontournable et vice et versa. Une femme de Pikogan résume bien cette idée : *« Moi, c'est les exercices parce que quand tu t'entraînes beaucoup là, ton alimentation, ça va venir aussi. Je sais que quand je marchais beaucoup j'avais moins tendance à manger des chips et de la liqueur »* (Kimberly, ligne 881).

Les quatre sous-thèmes, une fois réunis, montrent l'importance de pouvoir adopter de nouveaux comportements de santé en conservant ses valeurs culturelles. Ces comportements de santé touchent particulièrement l'alimentation et l'exercice qui se traduit par la pratique de la marche.

### 1.3 Facteurs éducationnels

Le facteur éducationnel le plus important pour le maintien des comportements après avoir reçu le diagnostic de diabète gestationnel se résume dans le thème suivant : la possibilité d'apprendre seule et à l'aide des ressources éducatives adaptées à ses besoins et sa culture. Ils se déclinent en deux sous-thèmes, soit la capacité d'être autodidacte et l'adaptation culturelle de l'enseignement et du soutien.

#### 1.3.1 La capacité d'être autodidacte

Selon les informatrices-clés, certaines façons d'acquérir de nouvelles connaissances procurent des choix et une certaine liberté. Par exemple, la lecture permet d'éviter des déplacements fréquents au Centre de santé et fournit une certaine liberté : « [...] *plus souvent aussi ça m'évitait de me déplacer ... parce que ... vu qu'il n'en donnait pas ici des sessions de formation sur ça, puis souvent fallait attendre longtemps avant de voir l'infirmière* » (Céline, ligne 1168).

Par ailleurs, cette capacité d'être autodidacte permet aussi de se maintenir en santé. Le simple fait de s'informer augmente ses chances de se maintenir en santé : « *Est-ce qu'il y a des choses que tu fais pour dire « ça, c'est important pour moi pour*

*me maintenir en santé ? » (Sylvie, ligne 1183, Entrevue avec Isabelle). « Oui, m'informer, c'est tout ! » (Isabelle, ligne 1187).*

### 1.3.2 *L'adaptation culturelle de l'enseignement et du soutien*

Le deuxième sous-thème qui favorise les comportements de santé en lien avec le facteur culture est l'adaptation culturelle de l'enseignement et du soutien. Selon les femmes algonquines, il peut être vécu de sept façons différentes.

Premièrement, les femmes algonquines ont déclaré ressentir le besoin d'apprendre les choix des ingrédients pour en conserver ou améliorer les valeurs nutritives. *« J'en fais du banik (Pain traditionnel) chez moi là avec de l'huile végétale. Je voulais changer d'huile, mais je suis pas certaine laquelle ... le moins de gras (le moins pire pour la santé) » (Julie, ligne 618).*

Deuxièmement, les femmes ont exprimé le besoin d'avoir un enseignement qui respecte le mode de vie traditionnel des Algonquins : *« Qu'est-ce qu'on mange nous autres, les Anicinabek (Algonquins) ... (Rires) [...] Puis comment ... on est souvent dans le bois aussi ... puis ... ils devraient penser à ça ... on va dans le bois, là » (Brenda, ligne 855).*

Troisièmement, cette adaptation culturelle de l'enseignement peut se faire par des activités plus adaptées. Plusieurs informatrices-clés du Lac Simon ont parlé d'un « camp diabétique ». Il s'agit des journées d'information uniquement pour des personnes diabétiques animées par l'infirmière et la nutritionniste qui planifient des activités traditionnelles (ex. promenade dans le bois, excursion de raquettes, etc.) et qui intègrent des enseignements sur le diabète.

Quatrièmement, lors de l'immersion, cette adaptation de l'enseignement auprès des Algonquins a été constatée dans les deux centres. D'abord au Lac Simon, la nutritionniste, qui travaille quatre jours par semaine (plutôt que deux jours à Pikogan), organise mensuellement des activités de promotion de la santé auprès de personnes diabétiques. Elle participe aussi à des événements sociaux comme le bingo pour effectuer une activité de promotion d'une saine alimentation (Ex. dégustation d'un plat traditionnel avec une composante santé). D'ailleurs, durant le séjour de l'étudiante-chercheuse, elle a préparé une dégustation de fruits exotiques (Ex. mangue) pour les enfants de l'école primaire Amikobi dans le cadre du Mois de la nutrition (mois de mars).

Cinquièmement, nous avons observé que les professionnels de la santé adaptaient les consultations à la façon de vivre des Algonquins. Ainsi, différemment des consultations habituelles, les interventions professionnelles étaient immédiates, sur le champ, puisque certains Algonquins ont tendance à ne pas honorer les rendez-vous pris à l'avance. Les informateurs généraux disaient presque toujours : « C'est tout de suite ou jamais ».

Sixièmement, le travail constant au niveau de la prévention et de la promotion de la santé fait par les professionnels de la santé est un aspect clé pour maintenir les comportements de santé selon les femmes algonquines participantes. Des informateurs généraux croient que la jeune génération de femmes algonquines a plus tendance à prendre en main leurs choix de vie, contrairement aux générations précédentes. De plus, selon les nutritionnistes, si la femme algonquine se sent bien dans sa vie de tous les jours, elle aura tendance à faire une « belle épicerie », avec des aliments sains, nutritifs et équilibrés. Lors de l'immersion culturelle auprès des deux communautés, l'étudiante-chercheuse a observé les efforts déployés par les professionnels de la santé. À maintes reprises, ces derniers encourageaient les résultats obtenus des personnes ayant fait des progrès sur leur santé, surtout chez les personnes diabétiques.

Finalement, nous avons eu l'impression que les approches étaient différentes lorsque l'enseignement était fait par une infirmière du Lac Simon et issue d'une Première Nation. L'infirmière observée, issue d'une Première Nation, avait tendance à questionner régulièrement les femmes algonquines sur leur consommation (drogues, alcool, etc.), sur leur soutien familial, etc. Les infirmières québécoises observées avaient plus tendance à cibler le motif de la consultation, sans tenir compte des facteurs environnementaux. Certaines femmes algonquines se disaient aussi être plus à l'aise avec l'infirmière provenant d'une Première Nation.

Les informatrices-clés sont conscientes d'avoir des besoins d'interventions éducatives pour maintenir les comportements de santé, car il s'agit de changement en profondeur de leur mode de vie. Toutefois, ces interventions éducatives doivent correspondre à leurs propres ressources (temps, déplacement, etc.) et à leur culture. Les informatrices-clés mentionnent donc l'importance de pouvoir apprendre seule, mais aussi d'apprendre avec des ressources éducatives et un soutien qui sont adaptés à leurs besoins et à leur culture.

#### 1.4 Facteurs économiques

Dans les facteurs économiques qui facilitent le maintien des comportements de la santé, un thème ressort : la possibilité de réaliser des économies par une meilleure alimentation.

Après l'annonce du diagnostic de diabète gestationnel et l'enseignement reçu par la nutritionniste, plusieurs femmes ont modifié certains comportements de santé. Ces comportements ont eu des répercussions économiques. Plusieurs informatrices-clés ont déclaré avoir réalisé des économies en s'alimentant mieux. Avec cet argent, une sortie pouvait être envisagée. D'autres ont affirmé qu'elles fréquentaient moins les restaurants ou avaient fait des changements lors d'un repas au restaurant : « *J'allais moins au restaurant. Ça me coûtait moins cher au restaurant parce que je coupais mes portions* » (Isabelle, ligne 1062).

Par ailleurs, durant leur grossesse, quelques femmes algonquines ont eu la chance de participer à des cuisines collectives leur permettant de mieux apprendre sur les aliments et les coûts rattachés. Elles y ont appris à lire les circulaires et à faire une liste d'épicerie : « *Souvent, je regardais les circulaires. [...] Je me dirigeais où y a des places où c'est plus en spécial que d'autres places-là* » (Céline, ligne 1110).



Les coûts associés à l'alimentation sont importants pour les informatrices-clés. Toutefois, les apprentissages, réalisés pendant la grossesse au cours de laquelle un diabète gestationnel a été diagnostiqué, ont permis de faire des choix mieux éclairés sur les plans nutritionnels et financiers. Les comportements de santé ont donc pu être maintenus après la grossesse grâce à la possibilité de réaliser des économies par une meilleure alimentation.

## **1.5 Facteurs technologiques**

Dans les facteurs technologiques qui facilitent le maintien des comportements de la santé après un diagnostic de diabète gestationnel, un thème émerge : l'accessibilité à ses données de glycémie comme moyen de contrôle grâce aux avancées technologiques associées au glucomètre. Deux sous-thèmes ressortent : le glucomètre comme moyen immédiat de vérifier la normalité de la glycémie et le téléchargement qui diminue l'obligation de noter les résultats de glycémie.

### *1.5.1 Le glucomètre comme moyen immédiat de vérifier la normalité de la glycémie*

Le glucomètre est un appareil portable servant à mesurer le taux de glucose sanguin rapidement par une simple goutte de sang prélevé au doigt et qui donne les

résultats après quelques secondes. Une femme du Lac Simon résume bien l'importance d'avoir un glucomètre en sa possession pour estimer son niveau de contrôle glycémique: « *Ça permet de savoir si ... ton sang est normal et tout ça! [...]* *Tu le vois tout de suite dans ton sang est normal* » (Céline, ligne 182). Par ailleurs, nous avons remarqué que des femmes algonquines, ayant souffert d'un diabète gestationnel et qui ne sont pas diabétiques présentement, continuaient d'utiliser régulièrement leur glucomètre pour vérifier leur glycémie, et ce, à titre préventif. D'ailleurs, les glucomètres étaient accessibles dans les deux communautés algonquines observées.

#### *1.5.2 Le téléchargement qui diminue l'obligation de noter les résultats de glycémie*

La possibilité de télécharger les données du glucomètre est intéressante pour les femmes algonquines. Ainsi, ces dernières peuvent visualiser sous forme graphique leurs résultats de glycémie sans devoir les noter dans leur carnet de glycémie et les analyser pour comparer leur évolution. De cette façon, elles peuvent avoir un meilleur contrôle et suivi de leur taux de glucose sanguin.

Les avancées technologiques associées au glucomètre permettent d'obtenir, d'enregistrer et de comparer les données de glycémie. L'accessibilité aux données de glycémie agit comme moyen de contrôle et, par conséquent, favorise le maintien des comportements de santé après une grossesse au cours de laquelle les informatrices-clés ont reçu un diagnostic de diabète gestationnel.

## 2. FACTEURS CULTURELS AVEC LE POTENTIEL DE FAVORISER LE MAINTIEN DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ APRÈS UN DIABÈTE DE GROSSESSE

Au cours de notre analyse des données, deux facteurs culturels du modèle du *Sunrise* de Leininger n'ont pas été identifiés clairement par les femmes algonquines. Ces facteurs auraient le potentiel de favoriser le maintien des comportements de santé après une grossesse associée au diagnostic de diabète gestationnel. Il s'agit des facteurs religieux et philosophiques ainsi que des facteurs politiques et légaux.

### 2.1 Facteurs religieux et philosophiques

Les informatrices-clés n'ont pas identifié de facteurs religieux ou philosophiques pour le maintien des comportements de santé après une grossesse

associée au diagnostic de diabète gestationnel. Toutefois, les informateurs généraux et notre observation témoignent d'une philosophie de vie riieuse et pondérée. Deux sous-thèmes ressortent : une philosophie de vie remplie de joie riieuse et une philosophie de vie plus pondérée.

### *2.1.1 Philosophie de vie remplie de joie riieuse*

Les femmes algonquines possèdent une joie de vivre qui leur est propre. En effet, lors des entrevues, l'étudiante-chercheuse a pu enregistrer le rire des informatrices-clés. D'ailleurs, plusieurs fois, la mention « rires » devait être ajoutée au verbatim. Il en était de même lors des activités sociales au cours desquelles les femmes démontraient une joie de vivre communicative.

### *2.1.2 Philosophie de vie pondérée*

Dans un autre ordre d'idées, les femmes algonquines possèdent une philosophie de vie pondérée : elles sont calmes et elles semblent être peu stressées. Aussi, la femme algonquine a tendance à prendre son temps pour faire les choses. Selon les informateurs généraux, « rien ne semble les énerver ».

Les femmes algonquines observées ainsi que les informatrices-clés ont démontré une philosophie de vie particulière : elles sont rieuses et pondérées. Le stress altérant la glycémie, cette philosophie de vie rieuse et pondérée constitue un facteur culturel qui peut contribuer à la santé. Si cette philosophie est conservée après la grossesse au cours de laquelle un diagnostic de diabète gestationnel a été posé, ce qui semble le cas chez les informatrices-clés, elle aurait le potentiel de maintenir des comportements de santé.

## **2.2 Facteurs politiques et légaux**

Les informatrices-clés n'ont pas identifié de facteurs politiques et légaux qui ont contribué au maintien des comportements de la santé après une grossesse associée à un diabète gestationnel. Toutefois, un thème peut être souligné : le soutien possible du Conseil de bande, et ce, par différentes actions pour faciliter le maintien des comportements de santé.

Les informatrices-clés ont manifesté le désir que le Conseil de bande continue d'appuyer financièrement certaines solutions aux problèmes que vivent les communautés. En effet, des femmes algonquines ont recommandé le retour d'une aide financière pour toutes les femmes enceintes, et ce, afin qu'elles puissent s'acheter des fruits et de légumes tout au long de leur grossesse. Par ailleurs, elles ont

souligné l'importance de l'accessibilité aux bons d'épicerie<sup>7</sup> lors des mois difficiles. Finalement, elles ont réclamé que le Conseil de bande facilite la diffusion des services offerts pour leur communauté et ainsi, augmente leur accessibilité.

De plus, selon les informatrices-clés, le Conseil de bande doit offrir un soutien aux familles. Ce soutien pourrait se concrétiser, par exemple, par la création d'une halte-garderie lors des sessions de formations offertes par le centre de santé. La motivation et le désir de suivre des cours sur la santé seraient élevés, mais les exigences associées à l'organisation familiale lors des absences constituent une barrière importante, surtout pour les mères monoparentales.

Les informatrices-clés ont aussi préconisé le retour des activités de cuisines collectives, propres aux femmes enceintes. Actuellement, ces activités, observées pendant la période d'immersion, sont destinées à la population en général.

Finalement, les informatrices-clés souhaiteraient obtenir un soutien financier supplémentaire pour améliorer l'accès à des aliments frais, principalement dans la communauté du Lac Simon étant donné sa situation géographique. En effet, il n'y a

---

<sup>7</sup> Les bons d'épicerie sont des certificats pour acheter des aliments dans les épicerie de la région de Val-d'Or que le Conseil de bande du Lac Simon prête aux familles dans le besoin. Cependant, les familles doivent rembourser ces bons d'épicerie par la suite.

qu'un dépanneur, donc pas d'épicerie, dans la communauté du Lac Simon. La plus proche épicerie se situe à Val-d'Or, soit à une distance de 30 minutes de route. Plusieurs personnes doivent faire du covoiturage ou prendre un taxi pour aller faire leurs achats d'aliments frais. En plus, pour plusieurs jeunes mères sur l'aide sociale, les achats sont généralement faits pour une période de trois semaines environ, soit jusqu'à l'arrivée de l'allocation familiale suivante provenant des deux gouvernements. En attendant de pouvoir faire des achats d'aliments frais, faute de ressources, elles doivent se tourner vers le dépanneur qui offre surtout des produits en conserve, peu variés et souvent, peu nutritifs.

Les informatrices-clés ont distingué la gestion de leurs finances personnelles qui semblent avantagées par une saine alimentation, de l'économie telle que gérée par le Conseil de bande. À leur avis, le soutien du Conseil de bande est nécessaire pour le maintien des comportements de santé, surtout en fournissant les ressources aux femmes enceintes au moment où elles en ont le plus besoin et en diffusant l'information sur ces ressources.

### 3. SYNTHÈSE DES THÈMES ET DES SOUS-THÈMES

À la lumière des sections précédentes, nous avons synthétisé les facteurs culturels avec les principaux thèmes et sous-thèmes en lien avec le maintien des comportements de santé après le diagnostic d'un diabète de grossesse. L'ordre des facteurs est celui priorisé par les femmes algonquines participantes. Le tableau 5 résume le tout.



Tableau 5

Résumé des thèmes et sous-thèmes favorisant le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse selon des femmes algonquines

FACTEURS	THÈMES	SOUS-THÈMES
<i>Facteurs culturels favorisant le maintien des comportements de santé après un diabète gestationnel</i>		
Facteurs familiaux et sociaux	La famille et les liens sociaux comme motivation et soutien pour le maintien des comportements de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>La préoccupation de la santé des enfants</li> <li>Le soutien de l'entourage et de la communauté</li> <li>Les expériences des membres de la famille</li> <li>Le goût d'être ensemble</li> </ul>
Mode de vie et valeurs culturelles	La possibilité d'adopter de nouveaux comportements de santé en conservant ses valeurs culturelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'adaptation de l'alimentation traditionnelle</li> <li>La modification de l'alimentation</li> <li>La pratique de la marche</li> <li>La synergie entre l'alimentation et la marche</li> </ul>
Facteurs éducationnels	La possibilité d'apprendre seule et à l'aide des ressources éducatives adaptées à ses besoins et sa culture	<ul style="list-style-type: none"> <li>La capacité d'être autodidacte</li> <li>L'adaptation culturelle de l'enseignement et du soutien</li> </ul>
Facteurs économiques	La possibilité de réaliser des économies par une meilleure alimentation	
Facteurs technologiques	L'accessibilité à ses données de glycémie comme moyen de contrôle grâce aux avancées technologiques associées au glucomètre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le glucomètre comme moyen de vérifier immédiatement la normalité de la glycémie</li> <li>Le téléchargement qui diminue l'obligation de le noter</li> </ul>
<i>Facteurs culturels avec le potentiel de favoriser le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse</i>		
Facteurs philosophiques et religieux	Une philosophie de vie saine et pondérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une philosophie de vie remplie de joie saine</li> <li>Une philosophie de vie plus pondérée.</li> </ul>
Facteurs politiques et légaux	Le soutien possible du Conseil de bande	

Ce chapitre a permis de décrire les facteurs culturels favorisant le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse selon la perspective de sept femmes algonquines de Pikogan et du Lac Simon, considérées comme des informatrices-clés. Cette perspective a été appuyée par des informateurs généraux, soit des personnes qui travaillent auprès de ces femmes. Ainsi, dans un premier temps, ces facteurs ont été présentés sous forme de thèmes, en ordre de leur importance accordée par les femmes algonquines interviewées. Dans un second temps, nous avons ressorti deux autres facteurs culturels qui auraient le potentiel de favoriser le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse, mais qui ne sont pas clairement exprimés par les informatrices-clés. Finalement, ces facteurs culturels ont été synthétisés en mettant l'accent sur les principaux thèmes.

## SIXIÈME CHAPITRE

### DISCUSSION

Ce chapitre discute, d'une part, des résultats obtenus en lien avec les facteurs culturels qui maintiennent des comportements de santé chez des femmes algonquines après un diagnostic de diabète de grossesse. Ces résultats découlent des entretiens et des observations analysés avec, comme cadre de référence, le modèle du *Sunrise* de Leininger (Leininger et McFarland, 2002; 2006). Ces facteurs sont : 1) la famille et les liens sociaux comme motivation et soutien pour le maintien des comportements de santé, 2) la possibilité d'adopter de nouveaux comportements de santé en conservant ses valeurs culturelles, 3) la possibilité d'apprendre seule et à l'aide des ressources éducatives adaptées à ses besoins et sa culture, 4) la possibilité de réaliser des économies par une meilleure alimentation et 5) l'accessibilité à ses données de glycémie comme moyen de contrôle grâce aux avancées technologiques associées au glucomètre. De plus, il traite de deux facteurs culturels non identifiés clairement par les femmes algonquines participantes et qui ont le potentiel de maintenir des comportements de santé après une grossesse associée au diagnostic de diabète gestationnel, soit : 1) une philosophie de vie saine et pondérée et 2) le soutien possible du Conseil de bande. Finalement, nous dégagerons les diverses

recommandations qui découlent de cette étude ethnographique avec une approche ethnoinfirmière et qui concernent la pratique clinique, la formation et la recherche.

## 1. FACTEURS CULTURELS CONTRIBUANT AU MAINTIEN DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

Plusieurs études (Roy, 1999; 2002; Smith-Morris, 2004; Taylor *et al.*, 2004; Travers, 1995) ont mis l'accent sur les facteurs de risques associés au diabète qui nuisent aux comportements de santé chez les Premières Nations. Ces facteurs de risque associés au diabète ont pu être observés ou même nommés au cours de notre étude. Toutefois, le but de l'étude actuelle est de décrire les facteurs culturels qui maintiennent les comportements de santé chez des femmes algonquines après un diagnostic de diabète de grossesse. La discussion de nos résultats s'exprime, par conséquent, avec la perspective des femmes algonquines sans poser un jugement sur le maintien réel ou non de ces comportements.

### 1.1 La famille et les liens sociaux comme motivation et soutien pour le maintien des comportements de santé

Lors de diffusion des résultats, nous avons pu constater que le thème de la famille et les liens sociaux est important pour les femmes algonquines, comme source

de motivation et de soutien pour conserver des comportements de santé. Dans ce thème, quatre sous-thèmes en lien avec les facteurs familiaux et sociaux favorisant le maintien des comportements de santé après un diabète gestationnel ont été soulevés : 1) la préoccupation de la santé des enfants, 2) le soutien de l'entourage et de la communauté, 3) l'expérience des membres de la famille et des amis et 4) le goût d'être ensemble.

Les femmes algonquines de notre étude se disent très préoccupées par la santé de leurs enfants. Elles mentionnent que c'est souvent pour eux qu'elles font les efforts nécessaires afin de conserver les comportements de santé après avoir reçu le diagnostic de diabète de grossesse. Malgré que certaines (deux femmes sur sept) vivent avec le diabète, toutes souhaitent que leurs enfants ne développeront pas, à leur tour, cette maladie chronique. Ces résultats vont dans le sens de Taylor *et al.* (2004) qui affirmaient que les femmes des Premières Nations se disent préoccupées par l'impact d'une annonce d'un diagnostic de diabète chez leurs enfants plus que pour elles-mêmes.

Selon Roy (2002), le faible soutien familial ou communautaire est difficile à vivre pour certaines femmes diabétiques provenant d'une Première Nation et qui souhaitent adopter de nouveaux comportements de santé. Or, Roy (2002) affirme que les éléments de soutien sont des déterminants-clés pour adoption de nouveaux

comportements de santé, malgré le risque qu'en les adoptant, les femmes des Premières Nations deviennent marginalisées. Les femmes algonquines participantes à notre étude croient fermement que le soutien de l'entourage et de la communauté est un élément fort important pour maintenir ces comportements de santé, surtout après avoir reçu le diagnostic d'un diabète de grossesse. Par ailleurs, les expériences négatives et le savoir des membres de la famille leur permettraient de conserver ces comportements. D'après Devault et Fréchette (2006), d'un point de vue psychosocial, les gens soutenus par leurs pairs risqueraient moins de développer des problèmes de santé d'ordre physique ou mental.

Selon les résultats de notre étude, les femmes algonquines participantes ont le goût d'être ensemble et de vivre des expériences collectives. Elles ont exprimé le besoin de socialiser, de discuter ou de verbaliser sur leurs vécus personnels. Cette conception de rassemblement fait aussi partie intégrante des mœurs et coutumes de la population crie et en est un élément fondamental pour la cohésion et l'unité familiale selon Boston, Jordan, MacNamara, Kozolanka, Bobbish-Rondeau, Iserhoff, Mianscum *et al.* (1997).

Ainsi, la famille et les liens sociaux comme source de motivation et de soutien sont importants pour le maintien des comportements de santé selon les femmes algonquines ayant souffert d'un diabète de grossesse qui ont participé à notre étude.

D'ailleurs, dans d'autres communautés des Premières Nations, la préoccupation de la santé des enfants, le soutien de l'entourage et de la communauté, l'expérience des membres de la famille et le goût d'être ensemble semblent aussi favoriser le maintien de ces comportements. Notre étude seconde donc, chez les femmes algonquines, des résultats obtenus auprès d'autres communautés des Premières Nations.

## **1.2 La possibilité d'adopter de nouveaux comportements de santé en conservant ses valeurs culturelles**

À la lumière de nos résultats, nous avons pu ressortir un thème s'intitulant la possibilité d'adopter de nouveaux comportements de santé tout en conservant ses valeurs culturelles. Dans ce thème, quatre sous-thèmes en lien avec les valeurs culturelles et le mode de vie qui favorisent le maintien des comportements de santé après un diabète gestationnel ont été décrits : 1) l'adaptation de l'alimentation traditionnelle, 2) la modification de l'alimentation, 3) la pratique de la marche et 4) la synergie entre l'alimentation et la marche.

L'adaptation et la modification de l'alimentation sont deux éléments qui sont ressortis et qui contribuent à maintenir des comportements de santé selon les femmes algonquines participantes. Par conséquent, il est important de modifier certains comportements dans leur régime alimentaire, mais aussi d'inclure les aliments

traditionnels qui sont la base de leur alimentation. En effet, d'après Tom-Orme (2002), l'utilisation de l'alimentation traditionnelle ainsi que la méthode de préparation constitue des éléments importants pour les Premières Nations puisqu'ils revêtent un aspect symbolique. Tom-Orme (2002) rajoute que les gens des Premières Nations se sentent acceptés et respectés si les professionnels de la santé tiennent compte de leurs pratiques traditionnelles.

Par ailleurs, nous avons pu voir que la marche est perçue plus positivement dans les communautés algonquines que dans certaines communautés innues que décrit Roy (1999; 2002). Ainsi, selon les femmes algonquines participantes, le fait de marcher devient de plus en plus populaire, voire nécessaire. De plus, marcher est compatible avec les valeurs et les responsabilités familiales d'aujourd'hui. Le fait de ne pas avoir de véhicule pour vaquer à certaines activités personnelles ou professionnelles contribue à la marche. D'après les femmes algonquines interrogées, le fait de marcher est une des composantes majeures qui aident à maintenir des comportements de santé, principalement après un diabète de grossesse.

Malgré le fait que les femmes algonquines ont un IMC élevé, les participantes n'associaient pas le fait d'être plus mince à la maladie contrairement aux résultats de Smith-Morris (2004), mais plutôt à la santé. Ceci semble rejoindre les observations faites par Taylor *et al.* (2004) sur la perception négative d'un surplus de poids pour



les femmes des Premières Nations d'Oklahoma. De plus, certaines femmes algonquines croient qu'il existe une synergie entre l'alimentation et l'exercice favorisant au maintien d'un poids santé pour la prévention du diabète de type 2. Santé Canada (2002) a démontré que l'embonpoint et l'inactivité physique sont des facteurs de risques pour développer un diabète de type 2. Une perte de poids de 5 à 10 % attribuable à une modification de son alimentation et à la pratique d'une activité physique préviendrait ou retarderait l'apparition d'un diabète de type 2 chez certaines personnes présentant une intolérance au glucose (American Diabetes Association, 2008). Il semble donc y avoir un rapprochement dans la signification du maintien du poids santé entre la conception décrite par les femmes algonquines participantes et les données scientifiques.

En résumé, nos résultats vont dans le même sens que des études antérieures sur l'adaptation et la modification de l'alimentation traditionnelle et la synergie entre l'alimentation et l'exercice. Ce thème démontre l'importance de pouvoir adopter de nouveaux comportements de santé tout en conservant ses propres valeurs culturelles, et ce, après un diagnostic de diabète gestationnel. De plus, il présente un rapprochement entre les conceptions scientifiques et algonquines du poids santé.

### **1.3 La possibilité d'apprendre seule et à l'aide des ressources éducatives adaptées à ses besoins et sa culture**

La possibilité d'apprendre seule et à l'aide des ressources éducatives adaptées à ses besoins et sa culture s'inscrit dans les facteurs éducationnels importants. Deux sous-thèmes ont été soulevés par les femmes algonquines, soit la capacité d'être autodidacte et l'adaptation culturelle de l'enseignement et du soutien.

D'après nos informatrices-clés, la capacité d'être autodidacte permettrait de mieux maintenir les comportements de santé après un diagnostic de diabète gestationnel et de les poursuivre après leur grossesse. Tout d'abord, le simple fait de s'informer augmente leurs chances de se maintenir en santé. De plus, cette façon d'acquérir de nouvelles connaissances procure des choix et favorise une certaine liberté individuelle. Les femmes algonquines ont alors le choix de venir au centre de santé ou de faire simplement une lecture qui permettrait d'éviter de se déplacer. Daniel et Messer (2002) affirment que la culture des Premières Nations accorde beaucoup d'importance sur l'autonomie de chacun. De plus, cette autonomie favorise la prise de décision partagée comme il est stipulé dans le modèle de prise de décision partagée (Quill et Brody, 1996).

L'adaptation culturelle de l'enseignement et du soutien sont aussi très importants selon les femmes algonquines, participantes de notre étude. Comme dans l'étude de Travers (2005), les différences culturelles ne semblent pas toujours être prises en compte pour l'éducation à la santé entourant le diabète et la modification du mode de vie. Pourtant, les femmes algonquines interviewées trouvent très important d'adapter l'enseignement de façon culturelle selon les besoins et la réalité des Premières Nations et surtout en lien avec le diabète. Ainsi, elles souhaitent cette adaptation par des activités concrètes : des camps diabétiques adaptés pour les Algonquins, l'enseignement du guide alimentaire canadien, mais en élaborant un volet où les aliments traditionnels pourraient être abordés. Nos résultats soutiennent les écrits de Macaulay, Cargo, Bisset, Delormier, Lévesque, Potvin et McComber (2006) qui ont aussi saisi l'importance de l'adaptation des activités de prévention du diabète à la culture mohawk de la communauté de Kahnawake. Avec leur approche, ils ont réalisé, conjointement avec les membres de cette communauté, des activités éducatives et culturelles qui ont eu un impact positif sur la prévention du diabète.

Notre étude illustre aussi l'importance, la constance du travail et le soutien effectués par les professionnels de la santé afin que les femmes algonquines conservent les comportements de santé acquis durant la grossesse. Ainsi, toujours selon les informatrices-clés, les professionnels de la santé facilitent l'adoption des comportements de santé et organisent plusieurs activités culturellement adaptées aux

femmes algonquines. Cette attitude va dans le sens des recommandations de Daniel et Messer (2002).

Nos résultats secondent les études antérieures qui soutiennent l'importance d'une autonomie dans l'apprentissage (autodidacte) et d'une adaptation culturelle de l'éducation pour la santé. Ils ajoutent les éléments propres à la communauté des femmes algonquines dans un contexte de maintien de comportements de santé après un diabète de grossesse.

#### **1.4 La possibilité de réaliser des économies par une meilleure alimentation**

Dans les facteurs économiques qui facilitent le maintien des comportements de la santé, un thème est ressorti : la possibilité de réaliser des économies par une meilleure alimentation.

D'une part, d'après les femmes algonquines participantes, le fait qu'elles ont moins tendance à aller au restaurant permettrait de garder les comportements de santé après un diabète de grossesse et aurait un impact positif sur leurs finances personnelles. De plus, lorsqu'elles vont au restaurant, elles mangent moins, ce qui serait économique selon les femmes algonquines, participant à notre étude.

D'autre part, les femmes algonquines participantes prônent la reprise des cuisines collectives, et ce, spécifiquement pour toutes les femmes enceintes (actuellement, c'est la population en général qui a recours à ce service). Les femmes algonquines souhaitent cette reprise afin de mieux s'outiller et, ainsi, mieux apprendre sur les aliments et les coûts rattachés. Nos résultats vont dans le sens du Programme canadien de nutrition prénatale visant à l'amélioration de l'alimentation de base des femmes enceintes des Premières Nations et offrant des cuisines communautaires adaptées culturellement (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

Nos résultats témoignent de la nécessité des programmes en cours, programmes qui visent à soutenir les femmes des Premières Nations pour leur alimentation de base. Ainsi, cet aspect peut être adapté aux femmes algonquines qui souhaitent le maintien des comportements de santé tout en leur offrant la possibilité d'économiser par une meilleure alimentation. Ces résultats n'ont pas été retrouvés dans les écrits que nous avons consultés.

### **1.5 L'accessibilité à ses données de glycémie comme moyen de contrôle grâce aux avancées technologiques associées au glucomètre**

Dans les facteurs technologiques qui facilitent le maintien des comportements de la santé, un thème émerge : l'accessibilité à ses données de glycémie comme moyen de contrôle grâce aux avancées technologiques associées au glucomètre. Dans ce thème, deux éléments sont ressortis : le glucomètre comme moyen de vérifier immédiatement la normalité de la glycémie et le téléchargement qui diminue l'obligation de noter les résultats de glycémie.

Les femmes algonquines participantes expriment que les outils de surveillance de la glycémie, comme le glucomètre ou la possibilité du téléchargement des données de ce type d'appareil, les motivent à garder des comportements de santé. D'ailleurs, cette technologie est déjà disponible et accessible dans les deux centres de santé visités. Cette surveillance leur permet de préserver leur qualité de vie et d'espérer ne pas développer la maladie ultérieurement. Par ailleurs, une étude exploratoire sur l'apport des infirmières et des médecins sur l'autogestion de clients à se prendre en main pour leur santé (Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada, 1997) affirmait qu'à long terme, cette autosurveillance avait des conséquences importantes pouvant se traduire par un recours moins fréquent à des soins cliniques et professionnels. Avec l'acquisition des connaissances, la clientèle

pratiquant l'autosurveillance de leur glycémie avait pour effet un sentiment de liberté et une confiance en leurs moyens, éléments importants dans l'autogestion (Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada, 1997). Par conséquent, ce facteur n'est probablement pas un facteur culturel propre aux femmes algonquines, mais peut s'appliquer aux personnes ayant accès à cette technologie, soit les personnes souffrant du diabète.

Nos résultats vont dans le même sens que des études antérieures qui soutiennent l'importance de l'accessibilité à ses données de glycémie comme moyen de contrôle grâce aux avancées technologiques associées au glucomètre. Ainsi, les femmes algonquines peuvent continuer d'utiliser leur glucomètre afin de vérifier la normalité de leur glycémie. Par conséquent, ces éléments contribuent grandement au maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse selon les femmes algonquines.

## 2. FACTEURS CULTURELS AYANT LE POTENTIEL DE FAVORISER LE MAINTIEN DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ APRÈS LE DIABÈTE DE GROSSESSE

Dans cette section, nous traiterons de deux autres facteurs culturels ayant le potentiel de favoriser le maintien de comportements de santé après un diabète de

grossesse chez des femmes algonquines. Il s'agit 1) d'une philosophie de vie rieuse et pondérée et 2) d'un soutien possible du Conseil de bande.

## **2.1 Une philosophie de vie rieuse et pondérée**

Les informatrices-clés n'ont pas identifié de facteurs religieux ou philosophiques pour le maintien des comportements de santé après un diagnostic de diabète gestationnel. Néanmoins, les informateurs généraux et nos observations témoignent d'une philosophie de vie rieuse et pondérée qui se distingue de la philosophie des autres femmes nord-américaines décrites comme davantage stressées par les informatrices-clés. Dans ce thème, deux éléments ressortent : une philosophie de vie remplie de joie rieuse et une philosophie de vie plus pondérée.

Lors de notre séjour auprès des deux communautés, nous avons pu remarquer que des femmes algonquines démontraient une philosophie de vie remplie de joie. Cette joie de vivre se manifestait surtout par des rires. À cet égard, un des extraits vidéo du site Web de Tshinanu (2005)<sup>8</sup> traitant de la notion du rire chez les Premières Nations peut aider à comprendre nos observations. Ainsi, sur l'extrait, Rémi Savard, un anthropologue s'étant intéressé principalement aux Innus, mentionne l'étonnement

---

<sup>8</sup> Ce site Web, produit par le Groupe ECP, a pour but de mieux faire connaître la culture et les nouvelles réalités des Premières Nations du Québec sur différents thèmes préétablis.



de la population non autochtone d'apprendre que les personnes des Premières Nations rient tant. Selon lui, les non-autochtones ont une image stéréotypée d'un Autochtone sérieux et austère vivant de désespoir face à l'assimilation de son peuple ainsi que de la tristesse avec tous les problèmes présents dans leurs vies quotidiennes (Savard, 1977). Cette philosophie rieuse est considérée un facteur culturel favorisant le maintien de comportements de santé puisque le stress affecte la glycémie et que sa gestion peut avoir des effets bénéfiques sur leur glycémie et sur l'hémoglobine glyquée (Surwit *et al.*, 2002).

Par ailleurs, selon nos résultats, la femme algonquine a une philosophie de vie pondérée. Elle a tendance à prendre davantage son temps selon les dires des informateurs généraux. Lutumba et Fortin (1996) proposent une même analyse :

Alors que les Autochtones ont une vie moins réglée par une horloge et tournée vers le présent, les intervenants appartiennent, pour la plupart, à une culture qui se soucie beaucoup du temps et qui a une conception de temps orientée vers l'avenir (Lutumba *et al.*, 1996, p.45).

Ainsi, selon nos résultats, concernant la philosophie de vie des femmes algonquines, sont soutenus par d'autres auteurs et devraient être considérés parmi les facteurs culturels qui ont le potentiel de favoriser le maintien des comportements de santé après un diabète gestationnel.

## **2.2 Le soutien possible du Conseil de bande**

Les femmes algonquines participantes n'ont pas identifié de facteurs politiques et légaux qui ont pu contribuer au maintien des comportements de la santé après une grossesse associée à un diabète gestationnel. Or, un thème peut être souligné : le soutien possible du Conseil de bande, et ce, par différentes actions pour faciliter le maintien des comportements de santé après un diabète de grossesse et de promouvoir des comportements susceptibles de diminuer le risque de développer un diabète de type 2.

Notre étude va dans le sens des observations faites dans l'étude ethnographique de Travers (1995) en ce qui concerne l'accessibilité limitée aux aliments sains et nutritifs dans certaines communautés algonquines. Le dépanneur dans les communautés algonquines offre surtout des aliments peu nutritifs et très demandés, comme les boissons gazeuses, les croustilles, les friandises au détriment d'aliments plus sains. Or, les Conseils de bande doivent continuer à développer des stratégies pouvant aider certaines familles algonquines afin qu'elles puissent se nourrir convenablement avec des aliments sains et nutritifs comme le propose le Plan

directeur pour la Santé des Autochtones (2005)<sup>9</sup>, et ce, malgré l'absence de supermarchés à proximité de leurs communautés respectives.

Ainsi, nos résultats, concernant le soutien possible du Conseil de bande par différentes actions, devraient être considérés parmi les facteurs culturels qui ont le potentiel de favoriser le maintien des comportements de santé après un diabète gestationnel.

### 3. RECOMMANDATIONS DÉCOULANT DE L'ÉTUDE

Malgré son caractère exploratoire, certaines recommandations peuvent découler de cette étude. Elles sont orientées vers la pratique clinique, la formation et la recherche. Elles sont en lien avec les facteurs culturels qui maintiennent les comportements de santé chez des femmes algonquines ayant souffert d'un diabète gestationnel.

---

<sup>9</sup> « Le Plan directeur pour la santé des Autochtones (2005) est un document d'envergure nationale qui guide des initiatives concrètes ayant pour but d'améliorer l'état de santé des peuples autochtones, et qui doivent être mises en œuvre à l'échelon local, régional, provincial territorial et fédéral ainsi qu'aux échelons des districts pour répondre aux besoins » (Plan directeur pour la santé des Autochtones, 2005, p.3).

### **3.1 Recommandations pour la pratique clinique des infirmières**

Dans cette sous-section, nous traiterons de trois éléments qui ont un impact sur la pratique clinique des infirmières et favorisent le maintien de comportements de santé après un diabète de grossesse chez des femmes algonquines. Il s'agit de 1) des programmes misant sur la santé des femmes algonquines et de leurs enfants, 2) l'adaptation culturelle de l'éducation pour la santé et l'utilisation du glucomètre et 3) des constats de notre étude ethnoinfirmière.

Premièrement, dans notre étude, nous avons perçu que les femmes algonquines veulent maintenir leurs comportements de santé à la suite d'un diabète de grossesse : elles souhaitent les maintenir principalement pour leur famille, et ce, particulièrement pour les enfants. Par conséquent, il devient primordial de renforcer les projets communautaires ou des programmes sanitaires en cours comme le Programme canadien de nutrition prénatale (Agence de la santé publique du Canada, 2007) et d'avoir un engagement clair surtout en lien avec les enfants. Une approche centrée sur la famille, plutôt que sur l'individu, serait également favorable au maintien des comportements de santé (Wright et Leahey, 1995).

Deuxièmement, l'adaptation culturelle de l'éducation pour la santé et l'utilisation du glucomètre sont des facteurs importants dans le maintien des

comportements de santé. Par conséquent, les infirmières doivent continuer à développer des activités qui sont adaptées culturellement pour les femmes algonquines comme les activités dans le bois ou un environnement favorisant l'activité physique. En travaillant en étroite collaboration avec les clients, « l'infirmière favorise l'actualisation de leurs capacités de développement pour leur permettre de tendre vers l'autonomie et un mieux-être » (Hagan et Proulx, 1996, p. 46). Par ailleurs, lors des entrevues individuelles réalisées au printemps 2006, quelques femmes algonquines avaient exprimé le désir d'obtenir un guide alimentaire canadien, adapté à leur culture, même si certaines initiatives existent déjà ailleurs dans d'autres communautés des Premières Nations du Québec (Roy, 2006). Ce guide leur permettait de faire des choix santé en y intégrant l'alimentation traditionnelle. Or, Santé Canada (2007) a publié un nouveau guide alimentaire canadien dont un est destiné spécifiquement aux Premières Nations, Inuits et Métis. Ce guide peut servir aux infirmières dans leurs activités de promotion de la santé. Aussi, les organisations sanitaires doivent continuer à fournir la technologie utile permettant la surveillance de la glycémie, par exemple le glucomètre, comme le préconisaient certaines femmes algonquines interviewées.

Troisièmement, à partir des résultats obtenus, nous nous questionnons sur certains constats résultant de notre étude ethnoinfirmière. Tout d'abord, comme le suggèrent certains éléments du Plan directeur pour la Santé des Autochtones (2005), il est important d'améliorer l'accès à des aliments qui sont sains et nutritifs, qu'ils

soient traditionnels ou non. À ce sujet, étant donné la situation géographique particulière de certaines communautés algonquines, comme celle du Lac Simon, les Conseils de bande, de concert avec la population desservie, doivent trouver des stratégies simples qui puissent aider les familles à se procurer des denrées qui sont saines. De plus, il s'avère important de continuer à prôner la valeur nutritive des aliments traditionnels et de dire leurs avantages sur différents plans (sociaux, physiques, spirituels) ainsi que les effets négatifs des aliments transformés et qui sont malsains, et ce, dans le cadre de stratégies visant la réduction de l'obésité et du diabète tel que défini dans le Plan directeur pour la Santé des Autochtones (2005).

### **3.2 Recommandations pour la formation des infirmières**

Dans cette sous-section, nous traiterons de deux éléments qui ont un impact sur la formation des infirmières. Il s'agit de 1) de l'importance de miser sur les facteurs culturels du modèle de Leininger et 2) de miser sur les forces qui favorisent les comportements de santé auprès d'une population donnée.

Notre étude témoigne de l'importance de miser sur les facteurs culturels tels que décrits par Leininger (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002; 2006) pour l'élaboration des programmes de soins offerts aux Premières Nations, et ce, afin d'offrir des soins qui soient culturellement appropriés selon la vision et les coutumes

de cette population. Lutumba et Fortin (1996) recommandaient dans leur étude, il y a plus de dix ans, une formation aux infirmières pour les sensibiliser davantage à la culture des Premières Nations.

Certains auteurs comme Farrell (2006) ont même modifié le modèle du Sunrise de Leininger (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002; 2006) pour mieux y intégrer la philosophie et la vision du monde des Potawami, une population des Premières Nations qu'elle a étudiée (voir Annexe L). Dans cette Première Nation des États-Unis, la philosophie de la vie serait circulaire, holistique et pluraliste, rejoignant les travaux de Sioui (1999) en lien avec le Cercle sacré de la vie. Aussi, elle ressemblerait d'une certaine façon aux prémisses du cercle d'influences des Premières Nations ou de la roue de médecine décrites précédemment (Agence des services de santé et des services communautaires de l'Î.-P.-É., 1996; McGowan, 2002). Toutefois, nous avons tendance à croire que peu importe le modèle du *Sunrise* utilisé, l'essence du modèle doit demeurer stable.

Parallèlement à cette recommandation, nous croyons que les infirmières doivent être formées pour miser sur les forces qui favorisent les comportements de santé et non seulement les facteurs qui leur nuisent. Ce changement de mentalité peut-être très ardu pour certains, mais il est compatible avec les bases philosophiques des sciences infirmières qui orientent les soins vers le potentiel des individus et des

communautés (Leininger et McFarland, 2002), plutôt que leurs limites, et ainsi fournir des soins qui leur soient appropriés (Leininger et McFarland, 2002).

### **3.3 Recommandation pour la recherche**

Dans cette sous-section, nous traiterons d'un élément qui peut avoir des retombées sur la recherche. Il s'agit de l'utilisation d'une approche de recherche-action.

Au niveau de la recherche, nous croyons que les prochaines études doivent s'orienter vers des approches expérimentales auprès des populations particulières et ceci, en collaboration avec les principales intéressées. Ainsi, nous croyons qu'utiliser une approche de recherche-action permettrait de favoriser le changement, tout en développant des connaissances sur les facteurs culturels qui influencent les comportements de santé chez les femmes algonquines. Par définition, la recherche-action est « un projet où la définition du problème par la collectivité est suivie d'une étape d'intervention, dans le but d'apporter un changement ou une solution qui seront évalués, habituellement, a posteriori » (Caroll, Gastaldo et Piché, 2006, p. 372).



Selon Carroll *et al.* (2006), les chercheuses infirmières œuvrant en santé communautaire devraient utiliser ce type d'approche, soit la recherche-action participative. Elles seraient alors témoins d'une augmentation de stratégies initiées par la population pour l'élaboration de programmes de santé, d'une meilleure harmonisation des besoins et des services offerts pour la communauté et, finalement, d'un savoir pour les infirmières sur la manière d'agir en lien avec les déterminants sociaux de la santé et l'*empowerment* (la prise en charge) de la population ciblée.

Cette section a présenté certaines recommandations orientées vers la pratique clinique, la formation et la recherche. Ces recommandations sont en lien avec les facteurs culturels qui maintiennent les comportements de santé chez des femmes algonquines ayant souffert d'un diabète gestationnel. Elles consistent en : 1) miser sur des programmes en regard de la santé des femmes algonquines et de leurs enfants, 2) adapter culturellement l'éducation pour la santé, 3) renforcer l'utilité du glucomètre, 4) s'inspirer des facteurs culturels du modèle de Leininger, 5) s'appuyer sur les forces qui favorisent les comportements de santé et 6) mettre à profit une approche de recherche-action auprès des Premières Nations.

## CONCLUSION

Cette étude ethnoinfirmière (Leininger, 2001a; Leininger et McFarland, 2002; 2006; McFarland, 2001) a décrit, sous forme de thèmes, les facteurs culturels qui favorisent le maintien des comportements de santé chez des femmes algonquines qui ont souffert de diabète gestationnel. Ces facteurs culturels, selon l'ordre de leur importance accordée par les femmes algonquines interviewées, sont 1) la famille et les liens sociaux comme motivation et soutien pour le maintien des comportements de santé (facteurs familiaux et sociaux), 2) la possibilité d'adopter de nouveaux comportements de santé en conservant ses valeurs culturelles (mode de vie et valeurs culturelles), 3) la possibilité d'apprendre seule et à l'aide des ressources éducatives adaptées à ses besoins et à sa culture (facteurs éducationnels), 4) la possibilité de réaliser des économies par une meilleure alimentation (facteurs économiques) et 5) l'accessibilité à ses données de glycémie comme moyen de contrôle grâce aux avancées technologiques associées au glucomètre (facteurs technologiques).

De plus, il existerait deux autres facteurs culturels ayant le potentiel de favoriser le maintien de comportements de santé après un diabète de grossesse chez les femmes algonquines participantes. Il s'agit 1) d'une philosophie de vie saine et

pondérée (facteurs philosophiques et religieux) et 2) d'un soutien possible du Conseil de bande (facteurs politiques et légaux).

Cette étude ethnoinfirmière pose modestement les bases pour intégrer les facteurs culturels qui peuvent avoir une influence à long terme sur les comportements de santé des femmes algonquines ayant souffert d'un diabète gestationnel. Ces facteurs culturels fournissant des pistes pour une pratique infirmière culturellement appropriée, les résultats de cette étude exploratoire peuvent contribuer à la prévention du diabète de type 2 auprès des Premières Nations, et particulièrement auprès des Algonquins, chez qui, la prévalence de cette maladie est très élevée.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACD (2003) Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète (2003). Lignes directrices de pratiques cliniques 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 27 (suppl. 2). Document téléaccessible, le 2005-09-26 à l'adresse URL: <<http://diabetes.ca/cpgfrancais/download.aspx>>.
- ACD (2008) Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee (2008). Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 32(suppl 1). Document téléaccessible le 2008-11-10 à l'adresse URL : <<http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>>.
- AINC (1997) Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (1997). *Les Premières Nations du Canada*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- AINC (2002) Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (Octobre 2002). *Terminologie autochtone : Une terminologie en évolution qui se rapporte aux peuples autochtones au Canada*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- AINC (2004a) Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (Septembre 2004 – Mise à jour 2005-04-08). *Terminologie autochtone : Une terminologie en évolution qui se rapporte aux peuples autochtones au Canada*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Informations téléaccessibles, le 2005-09-26 à l'adresse URL : <[http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/wf/index\\_f.html](http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/wf/index_f.html)>.
- AINC (2004 b) Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (Mise à jour – 2004-09-02). *Les Algonquins*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Informations téléaccessibles, le 2005-09-26 à l'adresse URL: <[http://www.ainc-inac.gc.ca/qc/aqc/art/algonquins\\_f.html](http://www.ainc-inac.gc.ca/qc/aqc/art/algonquins_f.html)>.
- AINC (2008) Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (Mise à jour – 2008-11-14). *Bienvenue aux Profils des Premières Nations*. Informations téléaccessibles, le 2008-11-19 à l'adresse URL : <<http://pse5-esd5.ainc-inac.gc.ca/fnp/>>.

- Agence de la santé publique du Canada (2007). *Programme canadien de nutrition prénatale : Une décennie de promotion de la santé des mères, des bébés et des communautés*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Document téléaccessible, le 2008-12-29 à l'adresse URL : < [http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/mb\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/mb_f.pdf)>.
- Agence des services de santé et des services communautaires de l'Î.-P.-É. (1996). Cercle de la santé : Cadre de référence en promotion de la santé de l'Île-du-Prince-Édouard, octobre 1996.
- American Diabetes Association (2002). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 25(1), 213-229.
- American Diabetes Association (2008). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 31(suppl. 1), S55-S60.
- APN (2005). Assemblée des Premières Nations (2005). Plan d'action des Premières Nations sur l'éducation (30 mai 2005). Document téléaccessible, le 2009-05-09 à l'adresse URL : <<http://www.afn.ca/cmslib/general/education-f.pdf>>.
- APN (2009). Assemblée des Premières Nations (2009). Fiches de renseignements. Informations téléaccessibles, le 2009-05-09 à l'adresse URL : <<http://www.afn.ca/article.asp?id=441/>>.
- Bousquet, M.-P. (2002a). « *Quand nous vivons dans le bois* ». *Le changement spatial et sa dimension générationnelle : L'exemple des Algonquins du Canada*. Thèse de doctorat, Université Laval (Québec, Canada) et Université de Paris X (Nanterre, France).
- Bousquet, M.-P. (2002b). Les Algonquins ont-ils toujours besoin des animaux indiens ? Réflexions sur le bestiaire contemporain. *Théologiques*, 10(1), 63-87.
- Buchanan, T. A. et Xiang, A. H. (2005). Gestational diabetes mellitus. *The Journal of Clinical Investigation*, 115(3), 485-491.
- Boivin, S., Derdour-Gury, H. Perpetue, J., Jeandidier, N. et Pinget, M. (2002). Diabète et grossesse. *Annales d'endocrinologie*, 63(5), 480-487.

- Boston, P., Jordan, S., MacNamara, E., Kozolanka, K., Bobbish-Rondeau, E., Iserhoff, H., Mianscum, S., Mianscum-Trapper, T., Mistacheesick, I., Petawabano, B., Sheshamush-Masty, M., Wapachee, R. et Weapenicappo, J. (1997). La recherche active participative comme moyen de comprendre la façon dont les Autochtones du Canada perçoivent la hausse de l'incidence du diabète. *Maladies chroniques*, 18(1). Document téléaccessible, le 2008-11-10 à l'adresse URL : <[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/18-1/b\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/18-1/b_f.html)>.
- Charest, P. (1994). Ethnométhodologie et recherche en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 20(4), 741-756.
- Collins, M., Shattell, M. et Thomas, S. P. (2005). Problematic Interviewee behaviours in qualitative research. *Western Journal of Nursing Research*. 27(2), 188-199.
- Conseil des Anicinapek de Kitcisakik (2009). Informations téléaccessibles, le 2008-04-20 à l'adresse URL : <<http://www.kitcisakik.ca/>>.
- Couture, Y. H. (1983). *Les Algonquins*. Val-d'Or : Éditions Hyperborée.
- CSSSPNQL (2007) Commission de la santé et services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2007). *Regard sur les Premières Nations et les Inuit au Québec*. Wendake : CSSSPNQL.
- Daniel, M. et Messer, L.C. (2002). Perception de la gravité de la maladie et des obstacles à l'autogestion de sa santé : prédicateurs de l'équilibre de la glycémie chez les Autochtones atteints de diabète de type 2. *Maladies chroniques au Canada*, 23(4), 147-156.
- Delâge, D. (1985). *Le pays renversé : Amérindiens et Européens en Amérique du Nord-Ouest 1600-1664*. Ville St-Laurent : Les Éditions du Boréal.
- Delisle, H. F. et Ekoe, J. M. (1993). Prevalence of non-insulin-dependent diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in two Algonquin communities in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*. 148(1):41-7.
- Delisle, H. F., Rivard, M. et Ekoe, J. M. (1995). Prevalence estimates of diabetes and of other cardiovascular risk factors in the two largest Algonquin communities of Quebec. *Diabetes Care*. 18(9):1255-9.
- Desjardins, R. et Monderie, R. (2007). *Le peuple invisible*. Montréal : Office national du film du Canada.
- Devault, A. et Fréchette, L. (2006). Le soutien social : ses composantes, ses effets et son insertion dans les pratiques sociosanitaires. In Carroll, G. (dir). *Pratiques en santé communautaires* (p. 141-152). Montréal: Chenelière Éducation.

- Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada (1997). *Prendre en main sa santé : L'apport des infirmières et des médecins – Étude exploratoire*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche : Guide pour le chercheur en sciences de la santé*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Dumas *et al.* et le Secrétariat aux affaires autochtones (1995). *Les Amérindiens et les Inuit du Québec d'aujourd'hui*. Québec : Direction des communications, ministère du Conseil exécutif.
- Énoncé de politique des Trois Conseils (1998). *Éthique de la recherche avec les êtres humains*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Ekoe, J.-M., Thomas, F., Balkau, B., Eschwege, E. et Delisle, H. (1996). Effect of maternal diabetes on the pattern of selected insulin resistance syndrome parameters in normal glucose tolerant subjects of two Algonquin Indian communities in Quebec. *Diabetes Care*. 19(8), 822-6.
- Faille, M.-H. (2002). *Étude ethnoinfirmière des facteurs culturels pouvant inciter des femmes du Burkina Faso à accepter un dépistage du VIH et une thérapie antirétrovirale en période périnatale*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Farrell, L. S. (2006). Culture care of the Potawatomi Native Americans who have experienced family violence. In Leininger, M. et McFarland, M.R. (dir). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing* (2e éd.) (p.207-238). Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- Fortin, M.-F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Ville-Mont-Royal : Décarie Éditeur inc.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.
- Goldwin, M., Muirhead, M., Huynh, J., Helt, B. et Grimmer, J. (1999). Prevalence of gestational diabetes mellitus among Swampy Cree women in Moose Factory, James Bay. *Canadian Medical Association*, 160(9), 1299-1302.
- Hagan, L. et Proulx, S. (1996). L'éducation pour la santé : Le temps d'agir. *L'infirmière du Québec*, 3(3), 44-49,52.
- Hewitt, J. (2007). Ethical components of researcher researched relationships in qualitative interviewing. *Qualitative Health Research*. 17(8), 1149-1159.

- Kelly, L., Evans, L. et Messenger, D. (2005). Controversies around gestational diabetes : Practical information for family doctor. *Canadian Family Physician*, 51, 688-695.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. et Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval : Groupe Beauchemin,   diteur.
- Kim, C., Newton, K. M. et Knopp, R. H. (2002). Gestational diabetes and the incidence of Type 2 diabetes, *Diabetes Care*, 25 (10), 1862-1868.
- Kuster, M., Goulet, C. et Pepin, J. (2002). Signification du soin postnatal pour des immigrants algériens. *L'infirmière du Québec*, 10(1), 12-23.
- Laberge, M. (1998). *Affiquets, matachias et vermillon : Ethnographie illustrée des Algonquiens du nord-est de l'Amérique aux XVI  , XVII   et XVIII   siècles*. Montréal : Recherches amérindiennes au Québec.
- Lazure, G. (1993). *Significations de prendre soin chez des infirmiers d'un centre hospitalier universitaire de Tunis*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Leininger, M. M. (dir.). (1985) *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando: Grune & Stratton, Inc.
- Leininger, M. M. (2001a). Theory of culture care diversity and universality. In Parker, M. (dir). *Nursing Theories and Nursing Practice* (p. 361-376). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Leininger, M. M. (dir.). (2001b). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- Leininger, M. et McFarland. M.R. (2002). *Transcultural nursing: Concept, theories, research & practice* (3e   d.). Toronto: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Leininger, M. et McFarland. M.R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing* (2e   d.). Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. et Bobak, I. M. (2003). *Soins infirmiers: p  rinatalit  *. Laval : Groupe Beauchemin   diteur Inc.
- Lutumba, N. A. et Fortin, J. (1996). Pour un r  ajustement des approches auprès des Autochtones. *Canadian Nurse*, 92(3), 42-46.



- Macaulay, A. C., Cargo, M., Bisset, S., Delormier, T., Lévesque, L., Potvin, L. et McComber, A. M. (2006) Community empowerment for the primary prevention of Type 2 diabetes: Kanien'keha:ka (Mohawk) ways for the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. In Ferreira M. L. et Lang, G. C. (dir). *Indigenous Peoples and Diabetes: Community empowerment and wellness* (p. 407-433). Durham: F.A. Carolina Academic Press.
- Masseboeuf, N. et Corset, E. (2002). Diabète gestationnel, nécessité d'une éducation diététique. *Soins*, (667), 17-19.
- McFarland, M. R. (2001). The ethnonursing research method and the Culture Care Theory: Implication for clinical nursing practice. In Parker, M. (dir). *Nursing Theories and Nursing Practice* (p. 377-390). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- McGowan, P. (2002). More than just questions! Implementation and evaluation of an arthritis self-management program in Aboriginal communities. In Young, L. E. et Hayes (dir). *Transforming Health Promotion Practice. Concepts, Issues, and Applications* (p.297-310) Philadelphia: F. A. Davis.
- Plan directeur pour la santé des Autochtones (2005). Plan directeur pour la santé des Autochtones : un plan décennal de transformations (24 et 25 novembre 2005). Document téléaccessible, le 2008-11-24 à l'adresse URL : <[http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-blueprint-plan-abor-auto/plan-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-blueprint-plan-abor-auto/plan-fra.pdf)>.
- Quill, T. E. et Brody, H. (1996). Physician recommendations and patient autonomy : Finding a balance between physician power and patient choice. *Annals of Internal Medicine*, 125(9), p. 763-769.
- Richards, H., et Emslie, C. (2000). The "doctor" or the "girl from the university"? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. *Family Practice*, 17(1), 71-75.
- Rodrigues, S., Robinson, E. et Gray-Donald, K. (1999). Prevalence of gestational diabetes mellitus among James Bay Cree women in Northern Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, 160(9), 1293-1297.
- Roy, B. (1999). Le diabète chez les autochtones : Regard sur la situation à Betsiamites, Natashquan et La Romaine. *Recherches amérindiennes au Québec*, XXIX(3), 3-18.
- Roy, B. (2002). Sang sucré, pouvoirs codés et médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : Les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit. Thèse de doctorat, Université Laval, Sainte-Foy, Québec. Document téléaccessible, le 2008-06-30 à l'adresse URL : <[www.theses.ulaval.ca/2002/19778/19778.pdf](http://www.theses.ulaval.ca/2002/19778/19778.pdf)>.

- Roy, B. (2006). *Diabetes and identity: Changes in the food habits of the Innu. A critical look at health professional's intervention regarding diet*. In Ferreira M. L. et Lang, G. C. (dir). *Indigenous Peoples and Diabetes: Community empowerment and wellness* (p. 407-433). Durham: F.A. Carolina Academic Press.
- Santé Canada (2001). Initiative sur le diabète chez les Autochtones : Le diabète dans les populations autochtones du Canada : Les faits. Ottawa : Gouvernement du Canada. Document téléaccessible, le 2008-11-10 à l'adresse URL : <[http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt\\_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/diabete/2001\\_evidence\\_faits-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/diabete/2001_evidence_faits-fra.pdf)>.
- Santé Canada (2002). *Le diabète au Canada* (2e Éd.). Ottawa: Gouvernement du Canada. Document téléaccessible, le 2005-05-23 à l'adresse URL: <[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-ac2/francais/01cover\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-ac2/francais/01cover_f.html)>.
- Santé Canada (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Document téléaccessible, le 2005-05-23 à l'adresse URL: <[http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt\\_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight\\_book-livres\\_des\\_poids-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids-fra.pdf)> .
- Santé Canada (2007). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuit et Métis*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Document téléaccessible, le 2008-11-24 à l'adresse URL: <<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/fnim-pnim/index-fra.php>>.
- Savard, R. (1977). *Le rire précolombien dans le Québec d'aujourd'hui*. Montréal : Les Éditions de L'hexagone.
- Secrétariat aux affaires autochtones (2004-07-15 – Mise à jour 2005-05-17). *Statistiques des populations autochtones du Québec 2005*. Québec : Gouvernement du Québec. Informations téléaccessibles, le 2005-09-26 à l'adresse URL <<http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm#algonquins>>.
- Setji, T. L., Brown, A. J. et Feinglos, M. N. (2005). Gestational diabetes mellitus. *Clinical Diabetes*, 23(1), 17-24.
- Sioui, G. E. (1999). *Pour une histoire amérindienne de l'Amérique*. St-Nicolas: Les Presses de l'Université Laval.

- Smith-Morris, C. M. (2004). Reducing diabetes in Indian Country: Lessons from the three domains influencing Pima diabetes. *Human Organisation*. Article téléaccessible, le 2004-11-17 à l'adresse URL: <[http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3800/is\\_200404/ai\\_n9392928](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3800/is_200404/ai_n9392928)>.
- Statistiques Canada (2009). Profils des communautés de 2006. Ottawa : Gouvernement du Canada. Informations téléaccessibles, le 2008-04-20 à l'adresse URL : <<http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/index.cfm?Lang=F>>.
- Surwit, R. S., Van Tilburg, M. A. L., Zucker, N., McCaskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N., Edward, C. L., William, P. et Lane, J. D. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in Type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(1), 30-34.
- Taylor, C., Keim, K. S., Sparrer, A., Van Delinder J. et Parker, S. (2004). Social and cultural barriers to diabetes prevention in Oklahoma American Indian women. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy*. 1(2), 1-10.
- Tom-Orme, L. (2002). Transcultural nursing and health care among Native American Peoples. In Leininger, M. et McFarland, M.R. (dir.) *Transcultural Nursing: Concept, Theories, Research & Practice* (3e éd.) (p. 429-440). Toronto : McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Travers, K. D. (1995). Le recours à la recherche qualitative pour mieux comprendre les origines socioculturelles du diabète chez les Micmacs du Cap Breton. *Maladies chroniques au Canada* 16(3). Document téléaccessible, le 2005-11-17 à l'adresse URL : <[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/16-4/b\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/16-4/b_f.html)>.
- Tshinanu (2005). ECP nouveaux médias (2005). Rire. Vidéo téléaccessible, le 2008-08-12 à l'adresse URL: <<http://www.tshinanu.tv/themes/01/index.html>>.
- Vivar, C. G. et McQueen, A. (2007). Getting started with qualitative research: developing a research proposal. *Nurse researcher*. 14(3), 60-73.
- Waldram, J. B., Herring, D. A. et Young, T. K. (2006). *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives* (2<sup>e</sup> éd.). Toronto: University of Toronto Press.
- Wikipédia (2008). *Kitcisakik*. Informations téléaccessibles, le 2008-04-20 à l'adresse URL : <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Kitcisakik>>.
- Wright, L. M. et Leahey, M. (1995). *L'infirmière et la famille*. St-Laurent: Édition du Renouveau Pédagogique inc.

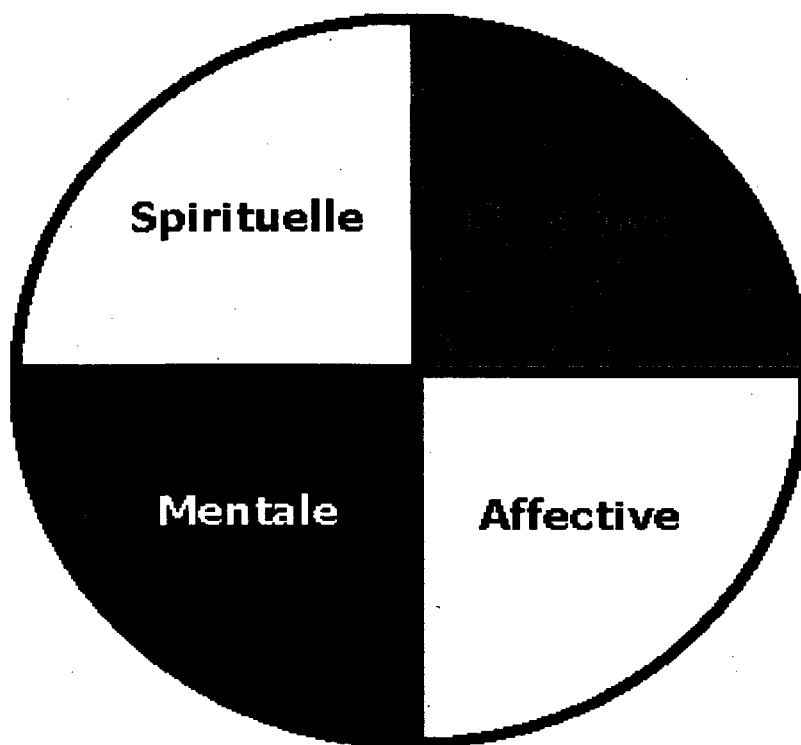
## **ANNEXE A**

**Les communautés algonquines du Québec**



## **ANNEXE B**

Le cercle d'influence des Premières Nations



Sources : Agence des services de santé et des services communautaires de l'Î.-P.-É. (1996). *Cercle de la santé : Cadre de référence en promotion de la santé de l'Île-du-Prince-Édouard*, octobre 1996.

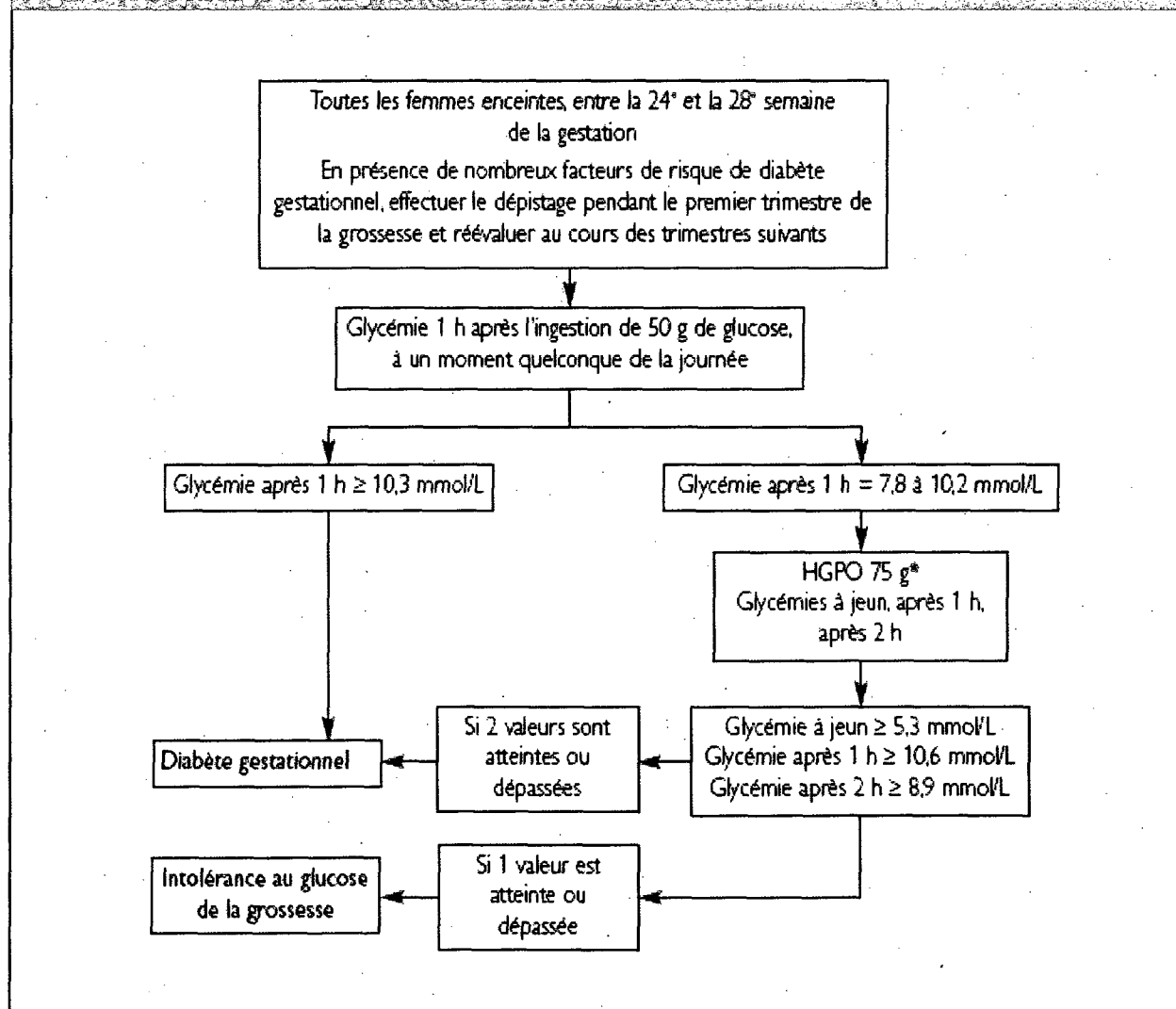
McGowan, P. (2002). More than just questions! Implementation and evaluation of an arthritis self-management program in Aboriginal communities. In Young, L. E. et Hayes (dir). *Transforming Health Promotion Practice. Concepts, Issues, and Applications* (p.297-310) Philadelphia: F. A. Davis.

## **ANNEXE C**

Dépistage et diagnostic du diabète gestationnel



Figure 1. Dépistage et diagnostic du diabète gestationnel



\* En raison de la controverse qui existe au sujet des épreuves diagnostiques, d'autres méthodes acceptées peuvent être utilisées.

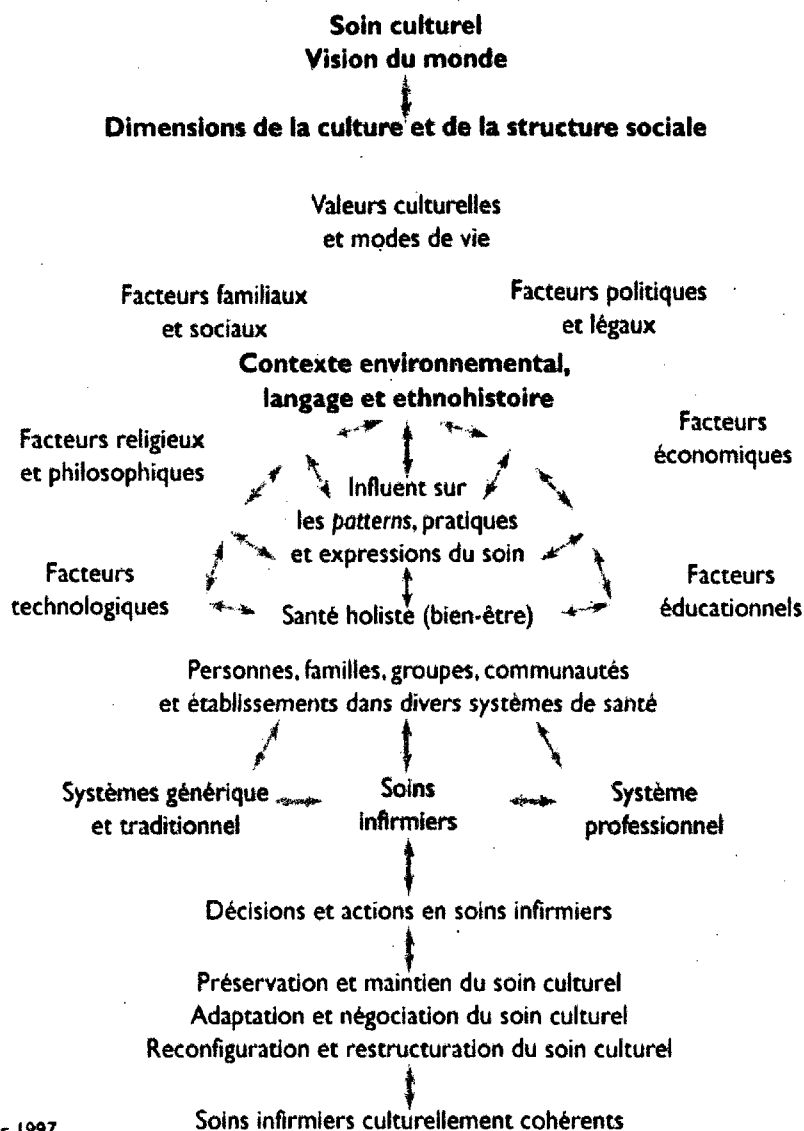
HGPO = hyperglycémie provoquée par voie orale

Source : Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète (2003). Lignes directrices de pratiques cliniques 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 27 (suppl. 2), p.S110.

## **ANNEXE D**

Le modèle du « Sunrise » de Madeleine Leininger

## Le modèle Sunrise



Source: Leininger, 1991

Traduction libre: Marianne Kuster, 1997.

Source : Kuster, M., Goulet, C. et Pepin, J. (2002). Signification du soin postnatal pour des immigrants algériens. *L'infirmière du Québec*, 10(1), p. 14.

## **ANNEXE E**

### **Questionnaire sociodémographique**

## QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

**Titre du projet de recherche :** Facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez les femmes algonquines ayant souffert de diabète gestationnel

### QUEL EST VOTRE ORIGINE ETHNIQUE ?

- ☐ Algonquine
- ☐ Métisse d'origine algonquine

### COMBIEN AVEZ-VOUS D'ENFANTS?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Si plus de 3, *précisez* \_\_\_\_\_

### ÊTES-VOUS ENCEINTE PRÉSENTEMENT ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

### ALLAITEZ-VOUS PRÉSENTEMENT?

- ☐ Oui
- ☐ Non

### CONCERNANT VOTRE DIABÈTE DE GROSSESSE...

- L'ANNÉE DU DIAGNOSTIC ? \_\_\_\_\_
- OÙ LE DIAGNOSTIC A-T-IL EU LIEU?
  - ☐ Centre de santé (Dispensaire)
  - ☐ Hôpital
  - ☐ Autre lieu : \_\_\_\_\_

- ÉNUMÉRER LES SOINS REÇUS DURANT VOTRE GROSSESSE?

---

---

---

**ACTUELLEMENT, SOUFFREZ-VOUS D'UN OU DE PLUSIEURS PROBLÈMES DE SANTÉ QUI SONT DIAGNOSTIQUÉS ?**

☐ Non

☐ Oui, lequel(s) ?

☐ Diabète ? *Précisez le type si possible*

○ Type 1

○ Type 2

☐ Problèmes cardiaques ? *Précisez* \_\_\_\_\_

☐ Problèmes respiratoires ? *Précisez* \_\_\_\_\_

☐ Autres ? *Précisez* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS DE DIABÈTE

Lien	Diabète de grossesse	Diabète	Je ne sais pas
Sœur : Nombre : ____  <i>Si vous avez au moins une sœur, remplissez les cases de droite.</i>	Nombre : ____	Nombre : ____	Nombre : ____
Mère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
Frère : Nombre : ____  <i>Si vous avez au moins un frère, remplissez les cases de droite.</i>		Nombre : ____	Nombre : ____
Père		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	

### INDICE DE MASSE CORPORELLE

Auriez-vous l'obligeance d'indiquer

- Votre taille : Combien mesurez-vous (en pouces ou en cm)? : \_\_\_\_\_
- Votre poids : Combien pesez-vous (en livres ou en kg)? : \_\_\_\_\_

**QUEL EST VOTRE ÂGE ?** \_\_\_\_\_

**QUEL EST VOTRE ÉTAT CIVIL ?**

- ☐ Aucun conjoint
- ☐ Union de fait
- ☐ Mariée
- ☐ Divorcée
- ☐ Veuve

**QUELLE EST LA LANGUE PRINCIPALEMENT PARLÉE À LA MAISON?**

- ☐ Algonquin
- ☐ Français
- ☐ Anglais
- ☐ Autre \_\_\_\_\_

**ÊTES-VOUS ÉTUDIANTE ?** ☐ OUI ☐ NON

**QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SCOLARITÉ ?** *Précisez les années d'études*

- ☐ Primaire \_\_\_\_\_
- ☐ Secondaire \_\_\_\_\_
- ☐ Collégial \_\_\_\_\_
- ☐ Universitaire \_\_\_\_\_
- ☐ Autre \_\_\_\_\_

**QUEL EST VOTRE OCCUPATION ?** \_\_\_\_\_

**AURIEZ-VOUS L'OBLIGEANCE D'INDIQUER VOTRE REVENU FAMILIAL AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ?**

- ☐ Moins de 10 000 \$
- ☐ Entre 10 000\$ - 19 999\$
- ☐ Entre 20 000\$ - 29 999\$
- ☐ Entre 30 000\$ - 39 999\$
- ☐ 40 000\$ et plus



## **ANNEXE F**

*Observation – Participation – Reflection Enabler*

Leininger's Ethnonursing Observation—Participation—Reflection Enabler				
Phases	1	2	3	4
Focus	Primarily Observation and Active Listening (no active participation)	Primarily Observation with Limited Participation	Primarily Participation with Continued Observations	Primarily Reflection and Reconfirmation of Findings with Informants

**Figure 3.2**

Leininger's ethnonursing Observation--Participation--Reflection Enabler.

Source : Leininger, M. et McFarland, M.R. (2002). *Transcultural nursing: Concept, theories, research & practice* (3e éd.). Toronto : McGraw-Hill Medical Publishing Division.

## **ANNEXE G**

### **Guide d'entrevue**

## VISION DU MONDE

- *Décrivez votre santé actuelle?* <sup>10</sup>
- *Décrivez ce que vous pensez de votre santé?*
- *Qu'est-ce que vous faites pour vous maintenir en santé?*
- *Avez-vous des inquiétudes par rapport de votre santé?*
- *À votre avis, quels sont les principaux problèmes de santé des femmes autochtones?*
- *Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit lorsque je vous parle de diabète gestationnel ?*
- *Qu'est-ce qui arrive lorsqu'une femme a un diabète gestationnel?*
- *Et, après sa grossesse?*
- *Qu'est-ce qui arrive au bébé d'une femme qui a diabète gestationnel?*
- *Et, après sa naissance?*
- *Qu'est-ce qu'une femme de votre communauté fait lorsqu'elle reçoit un diagnostic de diabète gestationnel?*
- *Dans votre communauté, comment explique-t-on le diabète gestationnel?*
- *Croyez-vous qu'il s'agit d'un problème de santé plus ou moins fréquent que dans une autre communauté?*
- *Dans votre communauté, comment soigne-t-on une femme qui a un diagnostic de diabète gestationnel?*

## LANGAGE

- *Quels mots sont utilisés pour parler du diabète?*
- *Comment les intervenants de la santé s'expriment-ils pour vous parler de diabète?*

## FACTEURS TECHNOLOGIQUES

- *Pendant votre grossesse, comment effectuiez-vous la surveillance de votre taux de sucre?*
- *Quelle technologie est utile lorsqu'une femme est atteinte d'un diabète gestationnel?*

---

<sup>10</sup> Les questions en italiques sont tirées ou inspirées du Cultural Structure of Health and Diabetes : Questioning Guide for interviewing Oklahoma American Indian Women about Cultural Perception of Health and Diabetes, 2003. Source : Taylor, C., Keim, K. S., Sparrer, A., Van Delinder, J. et Parker, S. (2004). Social and Cultural Barriers to Diabetes Prevention in Oklahoma American Indian Women. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy*, 1(2), 1-7.

## FACTEURS RELIGIEUX ET PHILOSOPHIQUES

- Pour votre diabète gestationnel, avez-vous déjà eu recours à des soins ou des traitements d'un sage ou d'un *shaman*? Pour quelles raisons?
- En quels traitements avez-vous confiance pour soigner le diabète gestationnel?

## FACTEURS FAMILIAUX ET SOCIAUX

- Quel est le rôle des personnes de la famille en ce qui concerne le diabète gestationnel?
- Comment sont prises les décisions concernant les soins du diabète gestationnel dans votre famille? Dans votre communauté?

## VALEURS CULTURELLES ET MODE DE VIE

- *Quelle est la cause du diabète gestationnel, selon vous?*
- *Pourquoi vous pensez que toutes les choses énumérées causent le diabète gestationnel?*
- *Quelle a été votre réaction en apprenant que vous aviez un diabète gestationnel?*
- *Quels changements avez-vous fait pendant votre grossesse lorsque vous avez appris que vous aviez un diabète gestationnel?*
- *Quels sont les changements que vous n'avez jamais faits et qui vous ont été demandés ?*
- *Qu'est-ce qui vous reste de ces changements?*
- *Quelle est votre plus grande crainte suite à un diabète gestationnel?*
- *Quel est pour vous une bonne alimentation ou une alimentation équilibrée?*
- *Dans votre communauté, quels sont les aliments traditionnels? Font-ils partie de façon courante de l'alimentation de votre communauté?*
- *A votre avis, l'alimentation traditionnelle peut prévenir un diabète ou un diabète gestationnel?*
- *Quels sont les aliments qu'une femme qui a un diabète gestationnel doit manger durant sa grossesse?*
- *Dans votre communauté, est-ce qu'une femme qui a un diabète gestationnel peut faire de l'exercice durant sa grossesse?*

## **FACTEURS POLITIQUES ET LÉGAUX**

- Comment se préoccupe-t-on des femmes qui ont un diabète gestationnel dans la communauté?
- Qu'est-ce que le Conseil de bande ou les gouvernements pourraient faire pour aider les femmes qui ont un diabète gestationnel?

## **FACTEURS ÉCONOMIQUES**

- Quelles sont les principales dépenses qui ont été occasionnées par le diabète gestationnel?
- Ces dépenses ont-elles eu des répercussions sur votre budget?

## **FACTEURS EDUCATIONNELS**

- Comment avez-vous appris ce que vous savez sur le diabète gestationnel?
- *Où trouvez-vous votre l'information sur le diabète?*
- Dans quelle mesure êtes-vous satisfaite des renseignements reçus sur le diabète gestationnel? Comment ces renseignements étaient-ils adaptés à votre culture?

## **PRATIQUES DE SOINS**

- Quels sont les comportements de santé qui vous semblent les plus importants pour maintenir votre santé?
- Comment êtes-vous venue à associer la santé avec ces comportements?
- A votre avis, est-ce que ces comportements sont aussi importants pour votre (vos) enfant(s)?
- Quels sont les comportements de santé que vous aimeriez transmettre à votre (ou vos) enfant(s)?
- Comment vous y prenez-vous pour les transmettre?
- A votre avis, ces comportements ont-ils un impact sur le diabète ou le diabète gestationnel?
  - Si oui, quel impact?
  - Si non, quels comportements de santé pourraient avoir un impact?
- À votre avis, quelles sont les actions qu'une femme qui a eu un diabète gestationnel peut effectuer pour tenter de prévenir ou retarder un diabète?

## **ANNEXE H**

Lettre de demande de collaboration – Communauté de Pikogan

Le 21 mars 2005

Madame Suzanne Paré  
Infirmière responsable

Sujet : Étude qualitative auprès des femmes algonquines.

Madame,

Je suis une étudiante à la maîtrise en Sciences cliniques (Sciences infirmières) à l'Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil). Je m'intéresse à la prévention du diabète chez la population des Premières Nations, particulièrement auprès de la population algonquine.

En collaboration avec ma directrice de recherche, madame Cécile Michaud, inf., Ph.D., je souhaite effectuer une étude qualitative sur les facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez les femmes algonquines ayant reçu un diagnostic de diabète gestationnel pendant leur grossesse, dans les dix dernières années. Par ailleurs, je souhaite développer une collaboration avec vous afin de décrire cette population puisque l'information écrite est rare. Vous retrouverez ci-joint un abrégé du projet de recherche proposé.

Il me fera grand plaisir de répondre à toute question de votre part. Vous pouvez rejoindre ma directrice au \_\_\_\_\_ ou me rejoindre personnellement par courriel à l'adresse suivante :

Je vous remercie d'avance de votre participation à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, notamment par une meilleure connaissance des facteurs culturels pouvant influencer la santé de la population algonquine.

Sylvie Gaudreau, inf. B.Sc.  
Maîtrise en sciences cliniques (Sciences infirmières), candidate  
Université de Sherbrooke.

c.c. Cécile Michaud, Faculté de médecine et des sciences de la santé  
p.j. Abrégé du projet de recherche

Annexe 4-1



## **ANNEXE I**

Lettre de demande de collaboration – Communauté du Lac Simon

Le 21 mars 2005

Madame Francine Larente  
Infirmière responsable

Sujet : Étude qualitative auprès des femmes algonquines.

Madame,

Je suis une étudiante à la maîtrise en Sciences cliniques (Sciences infirmières) à l'Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil). Je m'intéresse à la prévention du diabète chez la population des Premières Nations, particulièrement auprès de la population algonquine.

En collaboration avec ma directrice de recherche, madame Cécile Michaud, inf., Ph.D., je souhaite effectuer une étude qualitative sur les facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez les femmes algonquines ayant reçu un diagnostic de diabète gestationnel pendant leur grossesse, dans les dix dernières années. Par ailleurs, je souhaite développer une collaboration avec vous afin de décrire cette population puisque l'information écrite est rare. Vous retrouverez ci-joint un abrégé du projet de recherche proposé.

Il me fera grand plaisir de répondre à toute question de votre part. Vous pouvez rejoindre ma directrice au \_\_\_\_\_ ou me rejoindre personnellement par courriel à l'adresse suivante :

Je vous remercie d'avance de votre participation à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, notamment par une meilleure connaissance des facteurs culturels pouvant influencer la santé de la population algonquine.

Sylvie Gaudreau, inf. B.Sc.  
Maîtrise en sciences cliniques (Sciences infirmières), candidate  
Université de Sherbrooke.

c.c. Cécile Michaud, Faculté de médecine et des sciences de la santé  
p.j. Abrégé du projet de recherche

Annexe I-1

## **ANNEXE J**

Lettre d'approbation – Communauté de Pikogan



## *Centre de santé Pikogan*

35, rue Migwan Pikogan (Québec) J9T 3A3

10 mars 2006

Madame Sylvie Gaudreau  
Étudiante  
Maîtrise en sciences cliniques (Sciences infirmières)  
Faculté de médecine et des sciences de la santé  
Université de Sherbrooke

OBJET : Approbation du projet de recherche sur les femmes algonquines

Madame Gaudreau,

La présente est pour confirmer que le Centre de santé de Pikogan a approuvé votre projet de recherche s'intitulant *Facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez les femmes algonquines ayant souffert de diabète gestationnel*. Ainsi, nous vous autorisons à effectuer votre étude auprès de notre clientèle.

En espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes salutations les meilleures.

Alice Jerome ✓  
Directrices des Services de Santé.

c.c. : Malik Kistabish, Directeur-Adjoint des Services de Santé

## **ANNEXE K**

Lettre d'approbation – Communauté du Lac Simon

# CENTRE DE SANTÉ MINO TEHEWIN

---

Mercredi, 1er février 2006

Centre de santé Lac Simon

Bonjour,

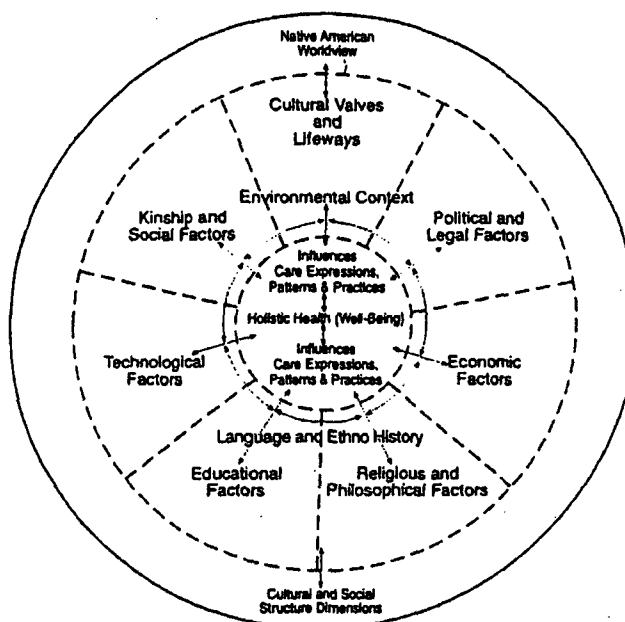
La présente est pour confirmer l'accord du centre de santé Lac Simon à participer à l'étude sur les femmes algonquines effectuée par Sylvie Gaudreau, étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (sciences infirmières) de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Sherley Chéezo, directrice  
des services de santé

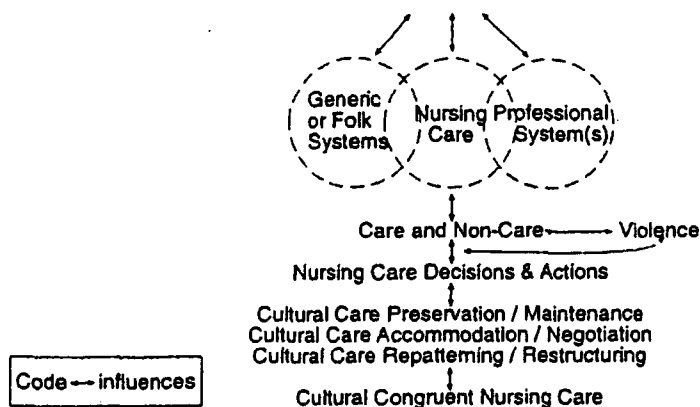
## **ANNEXE L**

Modèle du « Sunrise » de Leininger modifié par Farell (2006)

### Leininger's Sunrise Model Depicted Within the Native Indian's Worldview



### Individuals, Families, Groups, Communities, & Institutions in Diverse Health Systems



Derived from Leininger's Sunrise Model to Depict Theory of Culture Care Diversity and Universality in Leininger, M. (1991b), *Culture care diversity and universality: A theory of nursing* (pp. 5-68). New York: National League for Nursing.

Source : Farrell, L. S. (2006). Culture care of the Potawatomi Native Americans who have experienced family violence. In Leininger, M. et McFarland, M.R. (dir). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Theory of Nursing* (2e éd.) (p.207-238). Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.